

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.



**La Seguridad Social
en la
República Dominicana**



**Conferencia Interamericana
de Seguridad Social**

Serie **Monografías**

21



Secretaría General

Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Lic. Genaro Borrego Estrada
Presidente

Lic. María Elvira Contreras Saucedo
Secretaria General

Dr. Alvaro Carranza Urriolagoitia
Director del CIESS

Coordinación Técnica de la Secretaría General

Lic. Ma. del Carmen Alvarez García
Lic. Pedro Cervantes Campos
Act. Ana Luz Delgado Izazola
Lic. Augusto Octavio Jiménez Durán
Ing. Francisco Martínez Narváez
Dr. Antonio Ruezga Barba

Este libro fue publicado por la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Su contenido es responsabilidad exclusiva de su(s) autor(es) y no refleja necesariamente la posición de la CISS. Está permitida la reproducción total o parcial de su contenido sólo con mencionar la fuente.

Derechos reservados conforme a la ley

ISBN 968 - 7346 - 37 - X

***La Seguridad Social en
la República Dominicana***

Apoyo Técnico:

Angélica Flores Hernández
Oscar Gutiérrez De la Rosa
Evelia López Manríquez
Román Tienda Martínez

La Seguridad Social en la República Dominicana

Selección y compilación: María del Carmen Alvarez García

Serie Monografías 21

Conferencia Interamericana de Seguridad Social
Secretaría General

INDICE

	Pág.
PRESENTACIÓN	iii
INTRODUCCION	vii
CAPITULO I DESCRIPCION DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN LA REPUBLICA DOMINICANA.	1
A. Instituto Dominicano de Seguros Sociales.	3
1. Antecedentes legales.	3
2. Legislación actual sobre Seguros Sociales.	5
3. Análisis de los modelos de prestaciones que otorga el IDSS.	11
4. Accidentes de Trabajo.	13
5. IDSS en gráficas.	16
B. Fondo Social Hotelero y Gastronómico.	29
C. Instituto de Auxilios y Viviendas (SAVICA).	37
CAPITULO II EL SISTEMA PREVISIONAL EN LA REPUBLICA DOMINICANA: DIAGNOSTICO Y FINANCIAMIENTO.	43
A. Programas Básicos de Previsión Social.	45

B. Planes Complementarios y Ocupacionales de Pensiones.	69
C. Diagnóstico General y Opciones de Reforma.	85
CAPITULO III. MODERNIZACION DEL SISTEMA DE SALUD DOMINICANO.	101
A. Antecedentes.	103
B. Constitución y Organización del Sector Salud.	106
C. Financiamiento del Sector Salud.	110
D. Fortalezas y Debilidades del Sistema de Salud.	128
CAPITULO IV. PROSPECTIVA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA REPUBLICA DOMINICANA.	135

PRESENTACION

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) es un organismo interamericano, especializado, de carácter permanente, creado en 1942 con la participación entusiasta y decidida de los países del continente americano, con el propósito de apoyar la creación, consolidación y evolución de las instituciones de seguridad social americanas, así como de incidir en el fortalecimiento de los lazos de cooperación. Actualmente forman parte de la Conferencia 58 instituciones provenientes de 33 países.

El Lic. Genero Borrego Estrada, Presidente de la Conferencia, con el ánimo de satisfacer el mandato de las instituciones miembros de la CISS, dispuso que la Secretaría General en un denodado esfuerzo, dentro del marco de su programa editorial, publicase Monografías sobre la seguridad social de estos países con la voluntad de transmitir el origen, desarrollo, estado actual y perspectivas de la seguridad social continental.

Con fundamento en el compromiso adquirido, me es grato presentar la Monografía de la Seguridad Social en República Dominicana, la cual fue posible publicar gracias a la notable colaboración de las autoridades del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, particularmente de la Lic. Rosa María Suárez, en su carácter de Coordinadora de la Subregión V de la CISS México y Caribe Latino, y de su equipo de trabajo. Igualmente agradezco la excelente disposición del Instituto de Auxilios y Viviendas (SAVICA) y del Fondo Hotelero y Gastronómico.

La Secretaría General desea que esta Monografía sea una manifestación respetuosa de reconocimiento y gratitud, para aquellos hombres y mujeres que han consagrado su vigor e intelecto en la formación y despliegue de los beneficios de la seguridad social de la República Dominicana, y represente un estímulo más para quienes tienen el compromiso de su expansión y consolidación.

Lic. Ma. Elvira Contreras Saucedo
Secretaria General

INTRODUCCION

Los procesos de cambio que viven nuestras economías han determinado nuevos planteamientos de reforma del Estado y sus programas de protección social. La seguridad social dentro de este contexto ha sufrido novedosas transformaciones en su concepción y formas de operar.

La República Dominicana no ha estado al margen de este proceso y con mayor razón que otros países que han experimentado estadíos avanzados de Seguridad Social y que hoy se encuentra valorando sus enfoques fundamentales.

El letargo histórico que ha caracterizado al régimen de Seguridad Social Dominicana se une hoy, con mayor fuerza, al proceso de reforma que viven los países del hemisferio, sin olvidar el compromiso social que está llamado desde sus orígenes el sistema, como una conquista de la clase trabajadora y como un instrumento de justicia y redistribución de ingresos.

Es necesario valorar los aportes a la medicina local que ha realizado el Instituto Dominicano de Seguros Sociales, la satisfacción de un importante grupo de usuarios de escasos recursos económicos en su resolución a sus problemas de salud y la cobertura de contingencias como maternidad, enfermedad, invalidez a otro grupo significativo de la población asalariada del país.

Hoy se discuten en la agenda pública los grandes problemas del sector salud y de Seguridad Social Dominicano con miras a establecer la reforma necesaria, urgente, e impostergable, pero la búsqueda del consenso ha sido la vía elegida, lo que ha dificultado la definición de la direccionalidad de la misma.

En este documento encontraremos importantes aportes históricos y presentes que facilitarán a la comunidad internacional entender el proceso y a los actores fundamentales locales el impulso para el necesario y esperado cambio en la gestión de la Seguridad Social Dominicana.

CAPITULO I

DESCRIPCION DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL EN LA REPUBLICA DOMINICANA

A. Instituto Dominicano de Seguros Sociales (I.D.S.S.)

1.- Antecedentes Legales.

El conjunto de disposiciones legales que reglamentan la actividad laboral en República Dominicana se originaron en la década de los años veinte específicamente en el año 1924 cuando se dictó una ley sobre descanso dominical y cierre de establecimientos en días festivos, esta ley posteriormente fue declarada inconstitucional considerándose violatoria de la constitución de la República en lo referente a la libertad de cultos y de conciencia.

En el año 1931 se crea la Secretaría de Estado de Trabajo y Comunicación, la cual tenía entre sus atribuciones lo relacionado con los seguros para obreros, días y horas de trabajo, medidas contra el paro, cajas de ahorro, viviendas para obreros, etc.

La Ley sobre Accidentes del Trabajo se dicta en el año 1932, la cual salvo algunas modificaciones aún se mantiene vigente.

En ese mismo año la República Dominicana ratifica los primeros convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

En el año 1935 se dicta una Ley sobre Jornada de Trabajo, en el 1937 sobre descanso dominical y feriados; en el 1940 sobre salarios mínimos; en 1941 sobre vacaciones anuales remuneradas; en 1942 sobre vacaciones del servicio doméstico.

En el año 1942 se promulga una nueva constitución, donde se consagra la Seguridad Social como derecho del ser humano y como una obligación del Estado, en 1955 una nueva modificación amplía los principios contenidos en la anterior.

El Código de Trabajo fue elaborado en 1951 regulando todas las materias laborales entre las que podemos citar: Contrato de Trabajo, regulación privada de las condiciones del contrato de trabajo, sindicatos, conflictos económicos, huelgas y paros, etc.

A mediados de los años cuarenta, el Gobierno Dominicano contrató los servicios de técnicos para la elaboración de un anteproyecto de ley de Seguros Sociales, el citado proyecto es enviado en el año 1946 al Congreso Nacional.

El 17 de marzo de 1947 fue dictada la Ley No. 1376 relativa al Seguro Social obligatorio, facultativo y de familia para cubrir los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte. Con la promulgación de esta ley se crea la Caja Dominicana de Seguros Sociales.

El 30 de diciembre de 1948 se promulga la Ley No. 1896, la cual sustituye la No. 1376, la misma se encuentra vigente actualmente.

Luego de derrocada la Dictadura de Trujillo en el año 1960, el país entra en un proceso de transición hacia la democracia, producto de ese proceso el 10 de diciembre de 1962, se dicta la Ley No. 6126, la cual establece la autonomía del Seguro Social, se cambia el nombre de "Caja" por el de "Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)". Igualmente esta ley establece que la Dirección Administrativa, Técnica y Financiera del IDSS pasa a ser regida por un Consejo Directivo de composición tripartita, donde están representados los empleadores, trabajadores y el Gobierno.

En el año 1990 la Ley No. 1896, es modificada con la finalidad de extender la cobertura a los familiares de los asegurados, así como modificar la contribución obrero - patronal. La Ley en cuestión fue aprobada por el Congreso Nacional, pero no promulgada por el poder ejecutivo.

En los últimos años se han hecho algunos intentos de modificación y reforma al régimen de Seguro Social pero la falta de un consenso ha impedido la materialización de la misma.

2. Legislación Actual Sobre Seguros Sociales.

Como señalamos anteriormente, la legislación sobre Seguros Sociales en República Dominicana está regida por la Ley 1896 y sus modificaciones.

2.1. Campo de Aplicación.

El Seguro Social Dominicano cubre a los obreros, no importa el monto de su retribución y los empleados cuyo salario no exceda el tope de exclusión (en la actualidad es de US\$231.10 mensuales), sin embargo no protege a los familiares de los mismos.

Personas Exceptuadas: Se encuentran exceptuados del seguro obligatorio: Los empleados públicos protegidos por leyes sobre pensiones civiles; el cuerpo militar y policial; los mayores de sesenta años y los menores de catorce; el cónyuge y los hijos del patrono; menores de diecisiete años; los accidentados del trabajo, y los trabajadores independientes y los empleados cuyo sueldo exceda el tope de exclusión.

2.1.1. Seguro Obligatorio

Es obligatorio, de acuerdo a la Ley vigente, la afiliación de los trabajadores a domicilio, los trabajadores móviles u ocasionales, los servidores domésticos, los aprendices, los empleados cuya retribución no exceda el punto de exclusión.

Sin embargo, el seguro obligatorio no comprende los empleados públicos, los menores de 14 años, los mayores de 60 años, siempre que no soliciten que se prorrogue a los 65 la edad señalada para el disfrute de las pensiones de vejez, además se excluyen los trabajadores por cuenta propia.

2.1.2. Seguro Facultativo

La Legislación contempla el seguro facultativo, el cual comprende los siguientes sectores:

Asegurados obligatorios que dejen de serlo, excluyendo los exonerados por límite de edad o por razón de Accidente de Trabajo o enfermedad profesional.

Los trabajadores independientes del comercio, la industria, la agricultura, el artesanado y los servicios de aprovechamiento general.

2.1.3. Seguro de Familia

El seguro de familia está constituido por la atención obstetricia de la cónyuge del asegurado obligatorio y la pediátrica del recién nacido. Para otorgarle a los cónyuges y los hijos menores de 17 años la atención médica y farmacéutica, los asegurados deberán pagar una cotización adicional a medias con el patrono.

2.2 Prestaciones Cubiertas.

Cubre las contingencias de Enfermedad, Maternidad, Invalidez, Vejez y Muerte, a través de la Ley No. 385 ofrece un programa de Accidentes del Trabajo. Además de estas contingencias legales el IDSS tiene un programa de Guarderías Infantiles para hijos e hijas de obreras, así como una Escuela Laboral.

2.2.1 Prestaciones por Enfermedad.

Comprende los siguientes aspectos:

- Asistencia Médica General, Especial y Quirúrgica;
- Asistencia Hospitalaria;
- Asistencia Farmacéutica;
- Subsidio en dinero, igual al 50% del salario o sueldo promedio siempre y cuando la enfermedad produzca incapacidad para el trabajo.

La Asistencia Médica General, Especial y Quirúrgica, así como la asistencia Hospitalaria y de Farmacia se le otorga a los asegurados que hubieran pagado cualquier número de cotizaciones, sin embargo las prestaciones

en dinero se le paga a los asegurados que hubieran pagado seis cotizaciones como mínimo.

2.2.2 Prestaciones por Maternidad y Lactancia.

Comprende las siguientes prestaciones:

- Asistencia médica, Hospitalaria y de farmacia;
- Subsidio en dinero igual al 50% del salario o sueldo promedio durante las seis semanas anteriores y las seis semanas posteriores al parto.
- Subsidio de lactancia durante los doce meses siguientes al parto a razón del 15% del salario promedio.
- Asistencia médica pediátrica del recién nacido durante sus primeros doce meses de vida.

La asistencia médica, Hospitalaria, de Farmacia y Pediátrica son otorgados cuando la asegurada hubiera pagado no menos de quince cotizaciones en los diez meses anteriores a la fecha del parto y las prestaciones económicas cuando hubieran pagado no menos de treinta cotizaciones en el mismo plazo.

La cónyuge del asegurado obligatorio tiene derecho a las prestaciones médicas, hospitalaria y de farmacia durante el embarazo, parto y puerperio.

2.2.3 Prestaciones por Invalidez.

Tendrán derecho a una pensión plena de invalidez los asegurados que acrediten el pago de doscientos cincuenta cotizaciones semanales y que luego de las veintiséis semanas de enfermedad sufren de lesión crónica, no profesionales, y a una pensión reducida cuando acredite 125 cotizaciones semanales hasta 250 que reduzca en dos tercios su capacidad de ganancia.

2.2.4 Prestaciones por Vejez.

Tendrán derecho a una pensión plena por vejez los asegurados que al cumplir sesenta años de edad acrediten el pago de ochocientas cotizaciones semanales y pensión reducida si acredita cuatrocientas cotizaciones semanales.

Ambas pensiones, Invalidez y Vejez, se compondrán en una cuantía básica igual al 40% del salario o sueldo promedio y de un suplemento de 2% por cada cien cotizaciones semanales o su proporción, que excedan el mínimo requerido para tener derecho a una pensión de vejez ó invalidez; se le aumenta además las pensiones en 5% cuando el beneficiario tiene carga de familia (cónyuge, hijos menores, de 14 años ó ascendentes mayores de 60 años, ó inválidos no pensionados).

2.2.5 Prestaciones por Muerte.

La cónyuge y los hijos del asegurado menores de 17 años, a falta de ambos, los ascendentes mayores de 60 años o inválidos no profesionales que estuvieran a cargo del asegurado, recibieran a la muerte del asegurado, activo o pensionado un Capital de defunción equivalente al 60% del último salario anual promedio del causante.

2.2.6 Guarderías Infantiles.

Destinadas a hijos de asegurados de zonas francas con 12 meses de cotización para el ingreso y 8 semanas previas para mantener el derecho. Los asegurados deben pertenecer al parque industrial donde se encuentre el local.

Las Guarderías Infantiles son un beneficio que se otorga a los hijos de los obreros de Zona Franca, donde se le brinda estimulación del desarrollo, vigilancia de salud y alimentación, un programa de extensión a la comunidad.

2.3 Organización General del IDSS

La Dirección Administrativa, Financiera y Técnica del IDSS está a cargo de un Consejo Directivo integrado de la siguiente manera:

- El Secretario de Estado de trabajo quien lo presidirá;
 - Dos representantes del Gobierno Dominicano y sus respectivos suplentes designados por el Poder Ejecutivo;
 - Tres representantes de los asegurados designados por las organizaciones mayoritarias de trabajadores, los cuales designarán tres suplentes de los mismos;
 - Tres representantes de los empleadores correspondiente a las
-

asociaciones mayoritarias.

- El Director General del IDSS quien tiene voz pero sin derecho a voto;
- El Secretario General del IDSS quien fungía de secretario del Consejo Directivo, sin derecho a voz ni voto.

2.3.1 Las atribuciones del Consejo Directivo son:

- 1) Dictar los reglamentos para la ejecución de las leyes sobre Seguro Sociales;
- 2) Aprobar o enmendar el presupuesto de ingresos y egresos del año fiscal, así como las aplicaciones, reducciones y transferencia de sus partidas;
- 3) Autorizar las erogaciones de fondos;
- 4) Distribuir los fondos en función de los riesgos cubiertos y de sus provisiones financieras;
- 5) Conocer y decidir sobre los informes de las operaciones administrativas, financieras, económicas y técnicas que le rindan al Director General;
- 6) Establecer por medio de reglamentos el estatuto sobre personal (derechos y deberes); fijar sueldos; responsabilidades, sanciones, horario, licencias, etc.

El mandatario legal del IDSS es el Director General quien lo representa en todas sus gestiones y ante toda clase de autoridades.

2.3.2 Direcciones Generales.

La institución posee seis Direcciones Generales, que conjuntamente con el Director, ejecutan las disposiciones emanadas del Consejo Directivo; estas direcciones son: Administrativo, Financiera, de Salud, de Prestaciones Económicas y Sociales, y de Recursos Físicos.

2.3.3 Cobertura del IDSS.

En la actualidad el IDSS tiene una cobertura de 522,456 asegurados, lo que representa un 6.6% de la población total del país; un 17.6% de la población Económicamente Activa y un 32.9% de la Población Asalariada.

Diferentes elementos se combinan para que el IDSS tenga una de las más bajas coberturas del continente:

- 1) La existencia de un “Tope de Exclusión” lo que deja fuera del Sistema a los empleados de mayores ingresos;
- 2) El hecho de que la legislación actual no incluya los familiares de los asegurados;
- 3) La exclusión de los empleados públicos;
- 4) El gran crecimiento que los últimos años ha experimentado el sector informal de la economía, el cual no está incluido en la ley de Seguros Sociales;
- 5) La incapacidad de la Institución para incluir dentro de su cobertura un alto porcentaje del sector de trabajadores domésticos y agrícolas no obstante estar incluidos dentro de la legislación vigente.

Ante esta realidad se hace impostergable que nuestro país adopte una política en materia de Seguridad Social que le permita ampliar su cobertura hacia los niveles que permitan progresivamente la universalización de la misma.

2.4 Esquema de Financiamiento del IDSS.

De acuerdo a la Ley 1896, el IDSS se basa en un esquema de Financiamiento Tripartito, consistente en un 2.5% de los salarios de los trabajadores, 7% de los empleadores y 2.5% del Estado. Paralelamente el IDSS administra los fondos provenientes de la Ley de Accidentes del Trabajo. Además recibe otros ingresos mínimos producto de inversiones.

Debido a que la Ley no establece una especialización de fondos, dichos recursos se destinan a un fondo general, distribuidos a través de un presupuesto según las necesidades de cada programa.

Como la generalidad de los países de la Región la contribución del Estado es inexistente, salvo en ciertas ocasiones en que se han producido algunas contribuciones.

La existencia de un tope de exclusión niega el principio de universalidad y solidaridad, así como el alcance social de la Ley, que está destinada a beneficiar a todos los Dominicanos independientemente de su nivel de ingreso, sólo a su condición de trabajador.

Otra limitante es la no incorporación de los trabajadores del Gobierno Central, los del sector informal de la economía y la mínima incorporación del sector agrícola.

Otro factor que limita la capacidad de ingreso de la Institución es la evasión por parte del sector empleador y del sector descentralizado del Estado. Esta evasión se estima entre 40 y 50% del monto total de lo que, por Ley deben cotizar al IDSS.

3.- Análisis de los Modelos de Prestaciones que Otorga el IDSS.

3.1 Modelo de Prestaciones en Salud IDSS.

El modelo de atención en salud del IDSS se ha caracterizado por su orientación hacia la medicina curativa, asistencial, destinado a resolver las entidades patológicas de alta complejidad y poco frecuentes, descuidando las acciones de carácter preventivo así como el desarrollo de un primer nivel de atención que de respuesta a una mayor cantidad de problemas de salud.

Otra de las grandes limitaciones de este modelo se expresa en la alta concentración de profesionales de la medicina en comparación con el personal de apoyo, como por ejemplo la relación médico/enfermeras auxiliares; mientras los indicadores internacionales recomiendan una proporción de cuatro enfermeras por cada médico, el IDSS tiene un médico por cada enfermera auxiliar.

Sin embargo, la implementación de este modelo ha permitido alcanzar importantes logros en la medicina dominicana cuyo ejemplos más significativos se encuentran en los programas de Trasplante Renal y de Cirugía Cardiovascular, facilitando que población de escasos recursos económicos tengan acceso a los beneficios de los mismos.

La gestión de la atención de salud es brindada a través de 200 establecimientos, de los cuales 18 son hospitales; 24 policlínicas y 158 consultorios, tanto de empresas como de población. Su distribución geográfica se corresponde con las principales concentraciones de trabajadores existentes en la época que fueron construidos, es decir, una estructura económica basada en la agroexportación de un mismo producto básico (azúcar). Sin embargo el cambio del modelo económico de agroexportador a economía de servicios está demandando una redistribución de dicha infraestructura que se corresponda con este nuevo modelo.

Para completar la satisfacción de su demanda de servicios de salud, el IDSS compra al sector privado algunos de estos servicios en determinadas zonas del país donde no posee infraestructura y no se justifica la construcción de la misma.

Recientemente la Institución diseñó un nuevo modelo de prestación de servicios de salud a través del establecimiento de zonas autosuficientes, creando cuatro niveles de atención y programas prioritarios en salud que respondan a los perfiles de morbilidad y mortalidad de su población objeto, con énfasis en las actividades preventivas y de atención integral al trabajador en el lugar donde labora.

3.2 Modelo de Prestaciones Económicas y Sociales del IDSS.

Incluye prestaciones de corto y largo plazo. Las primeras comprenden subsidios por maternidad, enfermedad, lactancia, y gastos de sepelio. Las de largo plazo incluyen las pensiones por invalidez, vejez y prestaciones por muerte.

El sistema de pensiones del IDSS se basa en un régimen de reparto simple caracterizado por insuficientes reservas técnicas, ausencia de mecanismos de indexaciones, baja cobertura y limitaciones de gestión.

En la actualidad, la institución posee 22,913 pensionados de los cuales el 75.9%, o sea 17,390 son de vejez y 5,523 son de invalidez, lo que representa el 24.1%.

En los Análisis Actuariales se utiliza frecuentemente el coeficiente de carga demográfica como indicador de eficiencia de este régimen. En el año 1995 el coeficiente de carga demográfica del programa de pensiones por invalidez era de 2.1%, sin embargo, en el año 1994 descendió a un 1.1%, para el caso de las pensiones de vejez el coeficiente fue de 5.3% en 1985, descendiendo a 3.3% en 1994, evidenciando un estancamiento en el otorgamiento de las pensiones.

Las causas fundamentales de este estancamiento se encuentran en un inadecuado manejo de las cuentas individuales, el desconocimiento de sus derechos por parte de asegurados y empleadores y ausencia de automatización de las áreas críticas.

Por otro lado, la existencia de un Capital de Defunción en lugar de una pensión de supervivencia (viudez y orfandad) produce una iniquidad, ya que no supe la pérdida de ingresos debido a la muerte del familiar. Por esto urge una modificación del marco legal que corrija esta deficiencia.

En caso de cesantía, al asegurado le corresponde un protección por un período proporcional a las contribuciones efectuadas durante el último trimestre. El subsidio que puede ser equivalente a uno, dos ó tres meses dependiendo de que sus cotizaciones lleguen hasta seis, ocho ó diez meses respectivamente.

4.- Accidentes de Trabajo.

Se entiende por Accidentes del Trabajo a "toda lesión corporal que el obrero, trabajador o empleado sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena". Para los fines de esta Ley, se entiende por obrero, trabajador o empleado todo aquel que ejecute un trabajo manual fuera de su propia casa, por cuenta, con remuneración o sin ella, virtud de un contrato verbal o escrito, exceptuando aquellas personas ocupadas en las faenas domésticas. Patrono, es aquella persona natural, sociedad o corporación, o compañía, dueño de obra, explotación o industria donde el trabajo se preste.

Se aplicará a todos los patronos que contraten tres ó más obreros o empleados; en los casos de las empresas dedicadas a la agricultura y sus industrias son consideradas como patronos aquellas personas que poseen terrenos, o los tengan arrendados y en este caso la Ley es aplicada cuando los empleados a su servicio son cinco ó más.

Los derechos que tiene cualquier obrero que se lesiona dentro de su trabajo incluyen atención médica y farmacéutica, servicios de hospital cuando sea necesario; una compensación equivalente a la mitad de su salario, por un período no mayor de 80 semanas, teniendo como tope una suma de RD\$30.00 semanales y el pago en su totalidad no deberá exceder los RD\$2,400.00.

En caso de que la lesión sea parcial pero de carácter relativo se extiende el período a 120 semanas y un monto total de RD\$3,600.00.

Si la incapacidad es absoluta y permanente, es decir que lo imposibilite del trabajo se le pagará no más de RD\$30.00 semanales con monto total de RD\$4,800.00 por un período no mayor a 160 semanas.

Cuando el accidente provoca la muerte del trabajador sea femenino o masculino se indemniza a sus hijos y cónyuge.

Esta indemnización se calcule en base a la mitad multiplicada por una cantidad de semanas que varían entre 80 y 166 dependiendo de las condiciones de los beneficiarios (cónyuges, hijos legítimos o naturales menores de 18 años o mayores dependientes y en caso de que estos no existiesen, hermanos(as), sobrinos(as) a cargo de la víctima) y este no debe exceder la suma de RD\$5,000.00.

En casos que el accidente ocurra en las siguientes circunstancias, el obrero perderá su compensación:

- Si este tratara de cometer algún delito o agredir alguna persona;
- si estuviere embriagado;
- si se lesiona en un motín, huelgas, guerras o causas mayores justificadas; y
- si la lesión ha sido causada al obrero por el acto criminal de otra persona.

RESUMEN PRESTACIONES IDSS

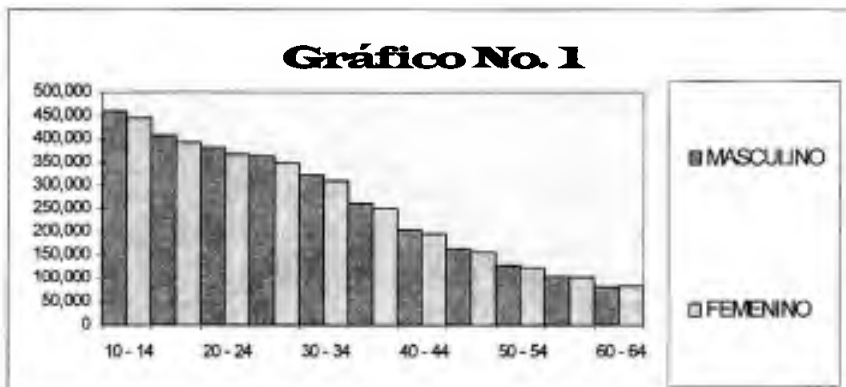
	Enfermedad	Maternidad	Invalidez	Vejez	Muerte	Accidentes de Trabajo
Asistencia	Asistencia Médica general, especial y quirúrgica, hospitalaria y de farmacia.	Asistencia médica, hospitalaria y de farmacia durante el embarazo, parto y puerperio, asistencia pediátrica del recién nacido por un año.			Capital de defunción igual al 60% del último salario anual promedio. Gasto de Sepelio.	Indemnización si se produce incapacidad absoluta o permanente o muerte. Compensación: Lesiones que inhabiliten temporalmente.
Requisitos	<u>Asegurados activos en el trabajo:</u> Haber pagado cualquier número de cotizaciones. <u>Asegurados inactivos en trabajo:</u> No menos de seis cotizaciones en los nueve meses anteriores a la enfermedad Para subsidio en dinero debe tener un mínimo de seis cotizaciones	<u>Aseguradas:</u> Haber pagado no menos de 15 cotizaciones en los 10 meses anteriores a la fecha del parto. <u>Cónyuge del asegurado:</u> 30 cotizaciones en los 10 meses anteriores al parto.	<u>Pensión Plena.</u> Acreditar 250 cotizaciones semanales, sufrir enfermedad o lesión crónica, no profesionales y que reduzca en dos tercios su capacidad. <u>Pensión Reducida:</u> 125 cotizaciones hasta 250 más 5% carga de familia.	60 años de edad y acreditar 800 cotizaciones semanales (pensión plena), 400 cotizaciones (reducida)	Haber pagado 20 cotizaciones en el año anterior a la muerte. Gastos de Sepelio: Haber pagado ocho cotizaciones.	
Cuantía	Subsidio en dinero igual al 50% del salario promedio semanal si se produce incapacidad para el trabajo. (Ambulatorio) 25% si está hospitalizado.	Subsidio por lactancia equivalente a un 15% del salario promedio semanal durante 12 meses.	<u>Plena:</u> 40% salario promedio en los dos últimos años y un suplemento del 2% por cada 100 cotizaciones semanales o proporción y un 5% si tiene carga de familia (esposa o hijos menores de 17 años). <u>Reducida:</u> 20% salario promedio de los últimos dos años.	40% salario promedio durante los últimos 4 años. Puede llegar a un 70% considerando los suplementos. <u>Reducida:</u> 20%	Gastos de sepelio oscila entre RD\$3,500.00 y RD\$5,000.00 según su cotización.	<u>Indemnización:</u> Pago único como recompensa a la pérdida de uno a varios miembros. Pago de un 50% salario al momento del accidente durante 160 semanas. <u>Compensación:</u> 50% del salario que disfruta al día del accidente durante 80 semanas.

5. El IDSS en gráficas.

CUADRO 1
Estimación de la Población Económicamente Activa
por Edad y Sexo; República Dominicana, 1995

EDAD	MASCLINO	FEMENINO	TOTAL
10 - 14	459,733	444,973	904,706
15 - 19	407,796	393,460	801,256
20 - 24	381,702	366,738	748,440
25 - 29	363,169	348,640	711,809
30 - 34	321,798	309,546	631,344
35 - 39	260,956	250,389	511,345
40 - 44	205,055	195,453	400,508
45 - 49	163,487	155,831	319,318
50 - 54	127,075	122,209	249,284
55 - 59	103,490	101,218	204,708
60 - 64	81,041	82,411	163,452
TOTAL =>	2,875,302	2,770,868	5,646,170

Fuente: Estimación y Proyecciones de Población ONE-CELADE
1950-2025.



Se visualiza una estructura de población joven, ya que el 56% de la PEA son menores de 30 años.

CUADRO 2 INDICADORES MACRO DEL PAIS Y SU RELACION CON EL IDSS SEGUN AÑO, PERIODO: 1989 - 1994

AÑO	PIB A PRECIO CORRIENTE (EN MILLONES)	INGRESOS IDSS	% DE LOS INGRESOS DEL IDSS DEL PIB	POBLACION EN MILLONES	PEA	POBLACION DEL IDSS Y MOVILES	COBERTURA DEL IDSS	
							POBLACION TOTAL	PEA
1989	42393.0	263.0	0.6	7.012	2.695	0.469	6.0	16.2
1990	64866.9	350.0	0.5	7.169	2.994	0.409	5.7	13.7
1991	100070.1	543.7	0.5	7.313	3.065	0.437	6.0	14.3
1992	112368.8	673.6	0.6	7.459	3.137	0.483	6.5	15.4
1993	120571.7	814.1	0.7	7.608	3.211	0.487	6.4	15.2
1994	140948.3	949.4	0.7	7.764	3.284	0.507	6.5	15.4

NOTA: Los Asegurados Móviles de los años 1989, 1992 y 1993 fueron estimados en base a lo recaudado por este concepto.

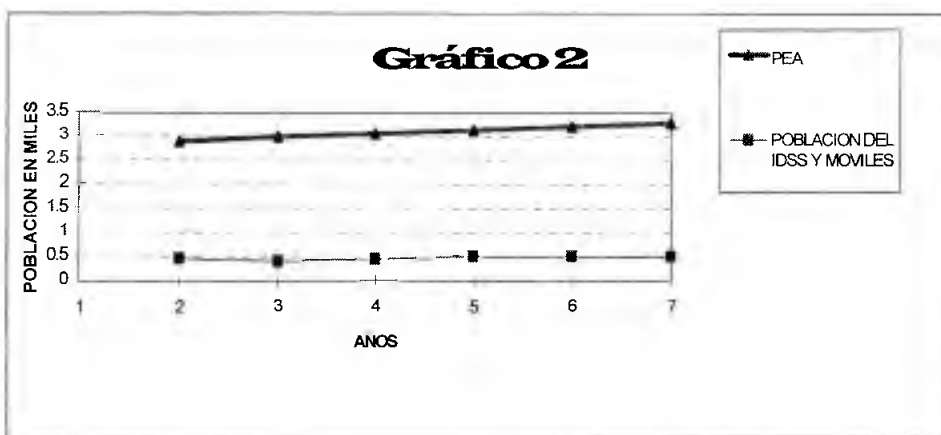
Se Observa un crecimiento acelerado en PIB y un bajo crecimiento en la cobertura del IDSS para el período 1989 - 1994.

Este índice (PIB) está afectado por el costo de la vida; dado que para su cálculo se partió a precio corriente.

FUENTE: 1) Informe anual 1994, evaluación de la Economía Dominicana y su Perspectiva, Universidad Autónoma de Santo Domingo.

2) ONE- CELADE

3) Instituto de Población y Desarrollo



1 = 1989 4 = 1992
2 = 1990 5 = 1993
3 = 1991 6 = 1994

El Crecimiento de la Población del IDSS Fijos y Móviles no difiere mucho del comportamiento de la Población Económicamente Activa.

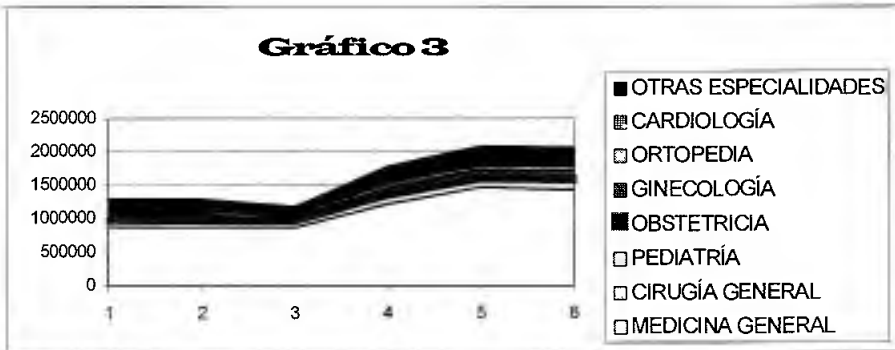
CUADRO 3
República Dominicana
Instituto Dominicano de Seguros Sociales

- OFICINA DE ESTADÍSTICA -

CONSULTAS AMBULATORIAS SEGÚN ESPECIALIDADES, POR AÑO EN EL PERIODO: 1989 - 1994.

ESPECIALIDADES	CONSULTAS POR AÑO					
	1989	1990	1991	1992	1993	1994
TOTAL:	1,533,573	1,516,812	1,425,676	2,141,026	2,421,103	2,400,743
MEDICINA GENERAL	876,852	863,368	863,298	1,209,367	1,462,810	1,414,964
CIRUGÍA GENERAL	13,440	11,462	7,880	17,572	14,191	14,652
PEDIATRÍA	47,106	52,273	44,501	80,871	78,246	98,241
OBSTETRICIA	57,178	56,461	39,871	70,115	82,741	89,719
GINECOLOGÍA	40,703	48,559	37,544	66,459	70,921	71,146
ORTOPEDIA	25,292	22,637	20,121	28,975	26,356	25,102
CARDIOLOGÍA	38,769	39,480	30,745	53,586	50,013	53,784
ODONTOLOGÍA	31,430	21,099	25,674	59,008	60,417	65,722
OTRAS ESPECIALIDADES	204,960	203,163	133,832	256,178	308,966	300,664
SUB-TOTAL	1,335,730	1,318,669	1,203,466	1,842,131	2,154,661	2,133,994
EMERGENCIA	197,843	198,143	222,210	298,895	266,442	266,749

FUENTE: OFICINA DE ESTADÍSTICA, IDSS.



1 = 1989
 2 = 1990
 3 = 1991

4 = 1992
 5 = 1993
 6 = 1994

Se observa que el mayor volumen de producción lo representan las consultas de medicina general seguida de otras especialidades no especificadas en este gráfico. Cabe destacar que el aumento significativo que se produce en las consultas es a partir del año 1991.

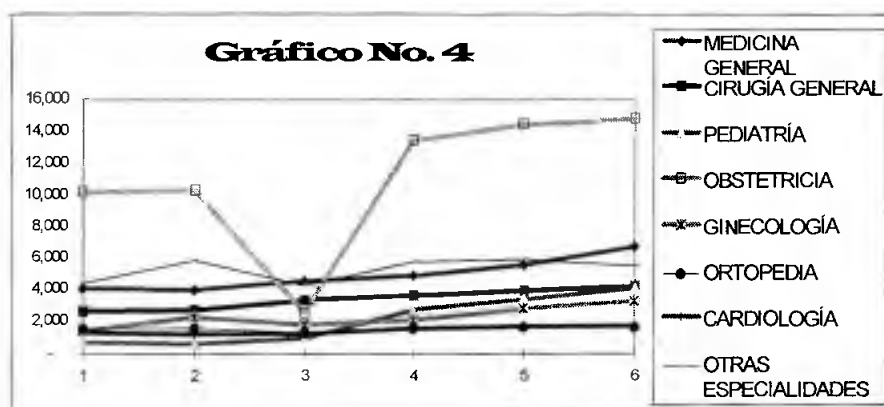
CUADRO 4
República Dominicana
Instituto Dominicano de Seguros Sociales

- OFICINA DE ESTADÍSTICA -

EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN ESPECIALIDADES
POR AÑO, PERIODO 1989 - 1994

ESPECIALIDADES	EGRESOS POR AÑO					
	1989	1990	1991	1992	1993	1994
TOTAL	26,509	28,719	20,162	35,803	39,490	42,091
MEDICINA GENERAL	4,115	4,016	4,583	4,935	5,605	6,782
CIRUGÍA GENERAL	2,669	2,746	3,359	3,602	3,903	4,208
PEDIATRÍA	735	627	966	2,719	3,371	4,076
OBSTETRICIA	10,233	10,353	2,555	13,477	14,483	14,763
GINECOLOGÍA	1,444	2,294	1,824	2,115	2,802	3,271
ORTOPEDIA	1,552	1,596	1,313	1,551	1,640	1,661
CARDIOLOGÍA	1,326	1,202	1,252	1,600	1,720	1,791
OTRAS ESPECIALIDADES	4,435	5,885	4,310	5,804	5,966	5,539

FUENTE: Oficina de Estadística, IDSS



1 = 1989
 2 = 1990
 3 = 1991

4 = 1992
 5 = 1993
 6 = 1994

Del total de los egresos, los de obstetricia representaron la principal causa, seguido de los de medicina general. Se observa en la mayoría de todas las especialidades un alto nivel de subregistro en el año 1991.

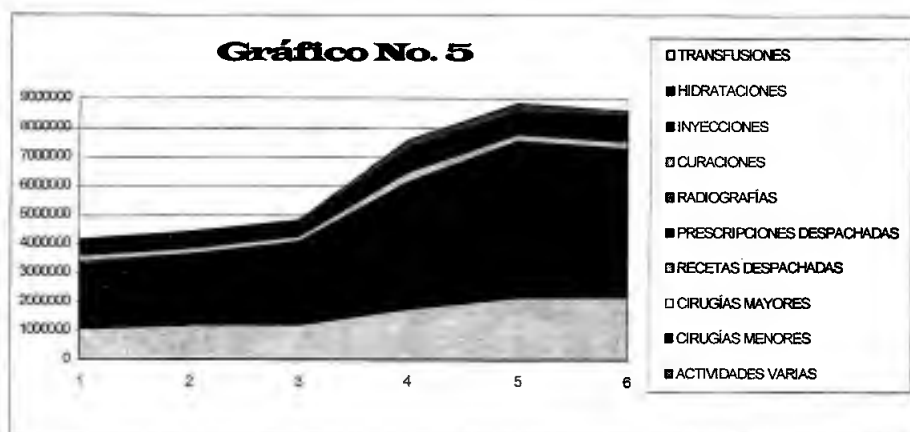
CUADRO 5
República Dominicana
Instituto Dominicano de Seguros Sociales

- OFICINA DE ESTADÍSTICA -

**ACTIVIDADES VARIAS REGISTRADAS EN ESTABLECIMIENTOS
 DE SALUD POR AÑO, PERIODO: 1989 - 1994.**

ACTIVIDADES VARIAS	AÑOS					
	1989	1990	1991	1992	1993	1994
CIRUGÍAS MENORES	14,828	16,877	19,269	21,733	17,531	19,127
CIRUGÍAS MAYORES	4,240	4,408	4,934	6,699	8,530	7,257
RECETAS DESPACHADAS	1,015,931	1,169,633	1,178,643	1,743,039	2,161,419	2,142,528
PRESCRIPCIONES DESPACHADAS	2,264,747	2,404,682	2,839,383	4,322,144	5,321,868	5,091,794
RADIOGRAFÍAS	76,929	67,921	54,914	83,829	59,156	47,920
FLUOROSCOPIOS	--	1,126	32	29	--	35
CURACIONES	221,523	198,452	183,691	328,638	233,518	230,438
INYECCIONES	523,591	560,203	477,998	846,559	774,853	912,237
HIDRATACIONES	45,667	25,863	78,952	250,402	275,608	141,217
TRANSFUSIONES	1,225	1,744	1,086	2,411	2,801	3,568

FUENTE: OFICINA DE ESTADÍSTICA, IDSS.



1 = 1989
 2 = 1990
 3 = 1991

4 = 1992
 5 = 1993
 6 = 1994

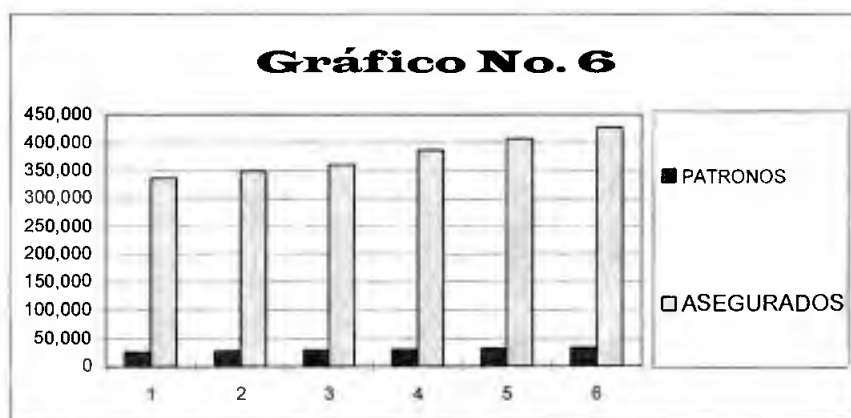
Se observa que la mayoría de las actividades han experimentado un alto nivel de crecimiento, excepto las radiografías y las fluoroscopias.

CUADRO 6
República Dominicana
Instituto Dominicano de Seguros Sociales

PATRONOS Y ASEGURADOS COTIZANTES FIJOS,
ACUMULADOS AL 31 DE DICIEMBRE DE CADA AÑO
E INCREMENTO ABSOLUTO ANUAL
PERIODO 1989 - 1994.

AÑOS	PATRONOS	INCREMENTO ABSOLUTO POR AÑO	ASEGURADOS	INCREMENTO ABSOLUTO POR AÑO
1989	24,802	1,816	336,086	44,401
1990	26,589	1,787	349,023	12,937
1991	28,454	1,865	360,674	11,651
1992	29,736	1,282	386,491	25,817
1993	31,458	1,722	406,684	20,193
1994	33,124	1,666	427,506	20,822

Fuente: OFICINA DE ESTADÍSTICA, IDSS.



1 = 1989 4 = 1992
2 = 1990 5 = 1993
3 = 1991 6 = 1994

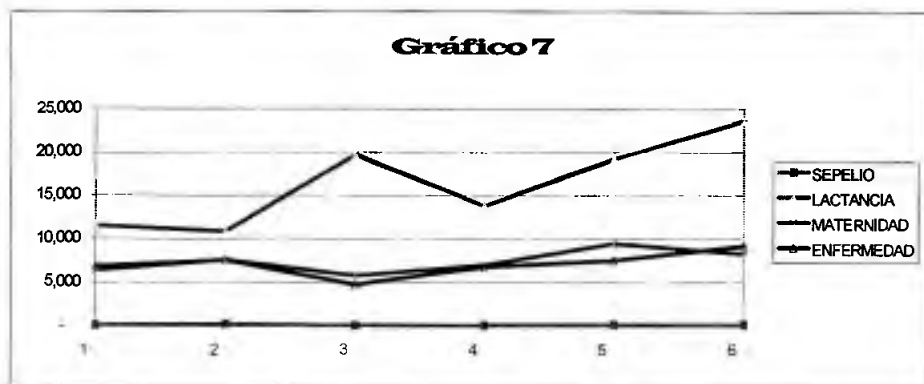
La población de patronos y los asegurados han aumentado, en término relativo en forma similar.

CUADRO 7
República Dominicana
Instituto Dominicano de Seguros Sociales

NUMERO DE SUBSIDIOS, DÍAS SUBSIDIADOS Y SUMA PAGADA
SEGUN CONCEPTOS
PERIODO: 1989 - 1994.

CONCEPTOS		AÑOS					
		1989	1990	1991	1992	1993	1994
ENFERMEDAD	NUMERO DE CASOS	6,916	7,560	4,806	6,847	7,579	9,246
	DÍAS SUBSIDIADOS	171,472	243,558	128,749	224,694	267,694	299,280
	SUMA PAGADA (RD\$)	1,390,302	2,108,257	1,742,678	4,191,477	6,125,752	7,349,230
MATERNIDAD	NUMERO DE CASOS	6,435	7,596	5,829	7,036	9,479	8,333
	DÍAS SUBSIDIADOS	138,036	217,225	141,372	205,906	355,480	400,019
	SUMA PAGADA (RD\$)	1,073,323	1,612,108	1,818,070	3,676,596	5,667,895	8,419,177
LACTANCIA	NUMERO DE CASOS	11,573	10,873	19,789	13,821	19,283	23,643
	DÍAS SUBSIDIADOS	724,137	745,383	746,933	936,678	1,416,016	1,526,866
	SUMA PAGADA (RD\$)	1,504,238	2,036,779	2,321,044	4,767,542	8,033,026	10,096,151
SEPELIO	NUMERO DE CASOS	170	266	144	172	191	208
	SUMA PAGADA (RD\$)	31,275	51,627	27,500	121,800	424,599	841,743
RESUMEN	TOTAL NUMERO DE CASOS ⇒	25,094	26,295	30,568	27,876	36,532	41,428
	TOTAL DÍAS SUBSIDIADOS ⇒	1,033,645	1,206,165	1,017,054	1,369,278	2,039,190	2,228,165
	TOTAL SUMA PAGADA (RD\$) ⇒	3,999,138	5,808,771	5,909,292	12,757,415	20,251,272	28,709,301

FUENTE: OFICINA DE ESTADÍSTICA, IDSS.



1 = 1989 4 = 1992
 2 = 1990 5 = 1993
 3 = 1991 6 = 1994

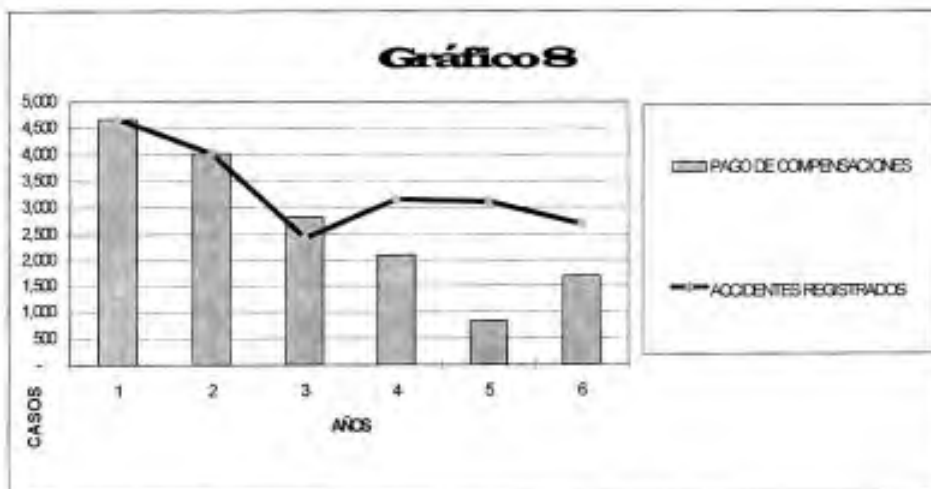
Observamos una gran variación en los casos de lactancia materna y los casos por sepelio; sin embargo todos estos subsidios han aumentado.

CUADRO 8
República Dominicana
Instituto Dominicano de Seguros Sociales

ACCIDENTES DEL TRABAJO REGISTRADOS POR AÑO,
PERIODO: 1989 - 1994.

CONCEPTOS	AÑOS					
	1989	1990	1991	1992	1993	1994
ACCIDENTES REGISTRADOS	4,669	4,023	2,432	3,156	3,111	2,682
DÍAS COMPENSADOS	341,281	415,298	358,179	286,866	334,857	321,402
PAGO DE COMPENSACIONES	4,669	4,023	2,827	2,086	828	1,681
PASAJES EXPEDIDOS	376	616	698	1,181	1,668	1,291
CERTIFICADOS DE ALTAS REGIS	2,125	2,750	1,507	1,889	2,022	1,738
LESIONADOS HOSPITALIZADOS	45	173	29	25	67	66
LESIONADOS REFERIDOS A ESP	229	218	108	140	149	133
LESIONADOS FALLECIDOS	32	32	15	18	19	23

FUENTE: OFICINA DE ESTADÍSTICA, IDSS.



1 = 1989
 2 = 1990

4 = 1992
 5 = 1993

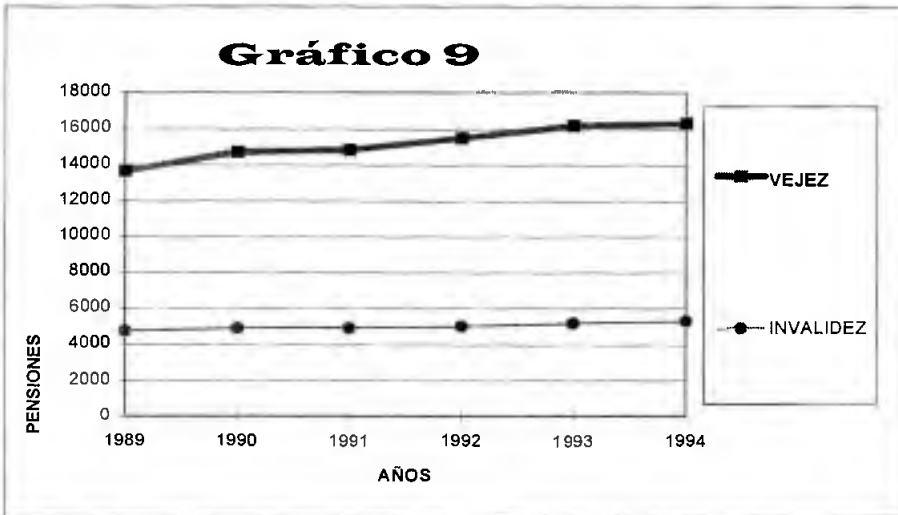
Los accidentes registrados han experimentado un aumento mayor que los compensados, excepto en el año 1991.

CUADRO 9
República Dominicana
Instituto Dominicano de Seguros Sociales

PENSIONES DE VEJEZ E INVALIDEZ
ACUMULADAS POR AÑO
PERIODO 1989 - 1994

AÑOS	VEJEZ	INVALIDEZ	TOTAL	INCREMENTO ABSOLUTO POR AÑO
1989	13,716	4,786	18,502	1,419
1990	14,759	4,920	19,679	1,097
1991	14,862	4,922	19,784	107
1992	15,528	5,047	20,575	809
1993	16,206	5,205	21,411	816
1994	16,340	5,316	21,656	245

Fuente: Oficina de Estadística, IDSS



Las pensiones por vejez e invalidez han experimentado algunos aumentos de poca importancia relativa.

República Dominicana
Instituto Dominicano de Seguros Sociales

DISTRIBUCIÓN DE EGRESOS POR DESTINO
PERIODO ENERO - FEBRERO 1995

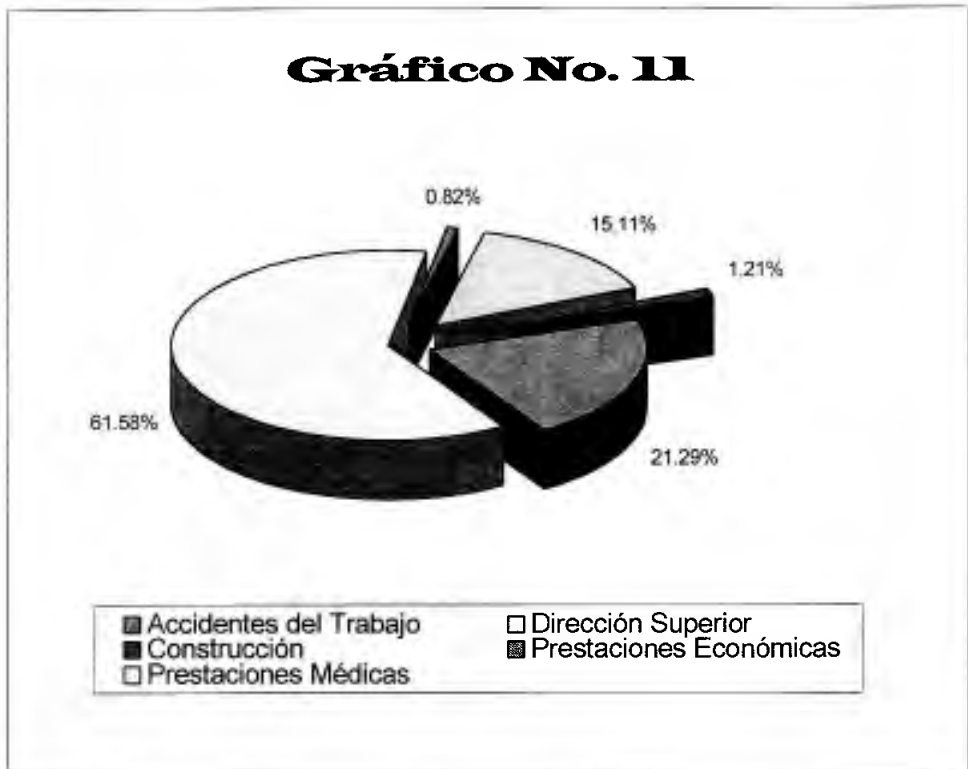


Egresos Enero - Febrero 1995: RD\$158.2 millones

Las prestaciones económicas en término relativo son muy similares a la que se observa en el gráfico 11, sin embargo las prestaciones médicas sufrieron una ligera disminución. Cabe destacar que la Dirección Superior registró una disminución en el periodo Enero - Febrero con relación al periodo Marzo - Julio.

República Dominicana
Instituto Dominicano de Seguros Sociales

DISTRIBUCIÓN DE LOS EGRESOS POR DESTINO
PERIODO MARZO - JULIO 1995

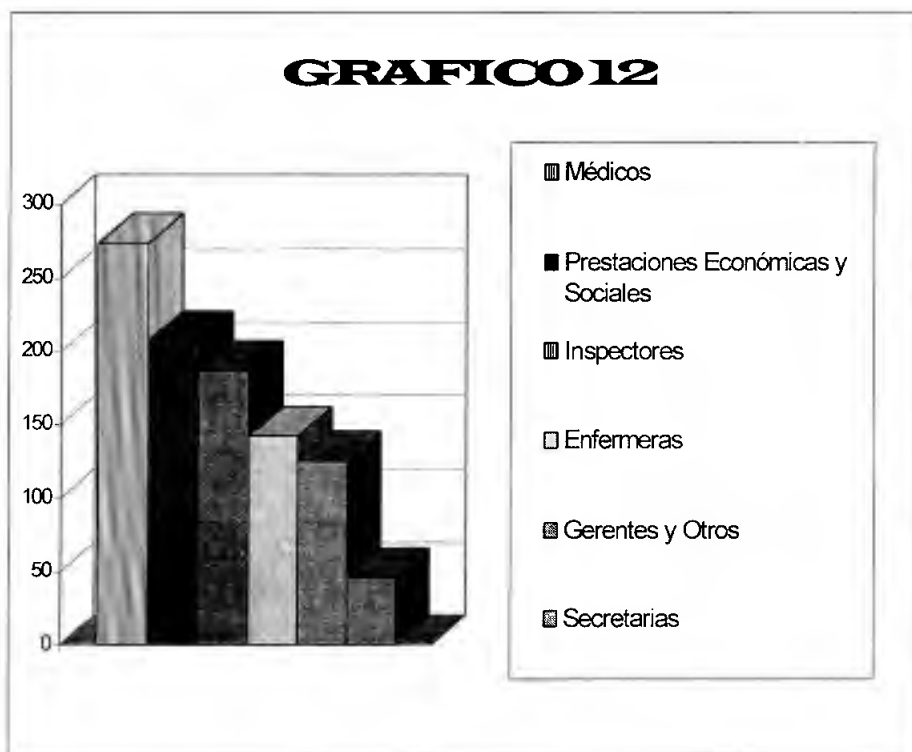


Egresos Marzo - Julio 1995: RD\$438.8 millones

El comportamiento de los egresos para el periodo, se observa que, de los 438.8 ingresados, 270.2 fueron invertidos en prestaciones médicas, representando esto un 61.6% del total, luego le siguió el renglón de prestaciones económicas con 21.3% y la Dirección Superior un 15.1%

República Dominicana
Instituto Dominicano de Seguros Sociales

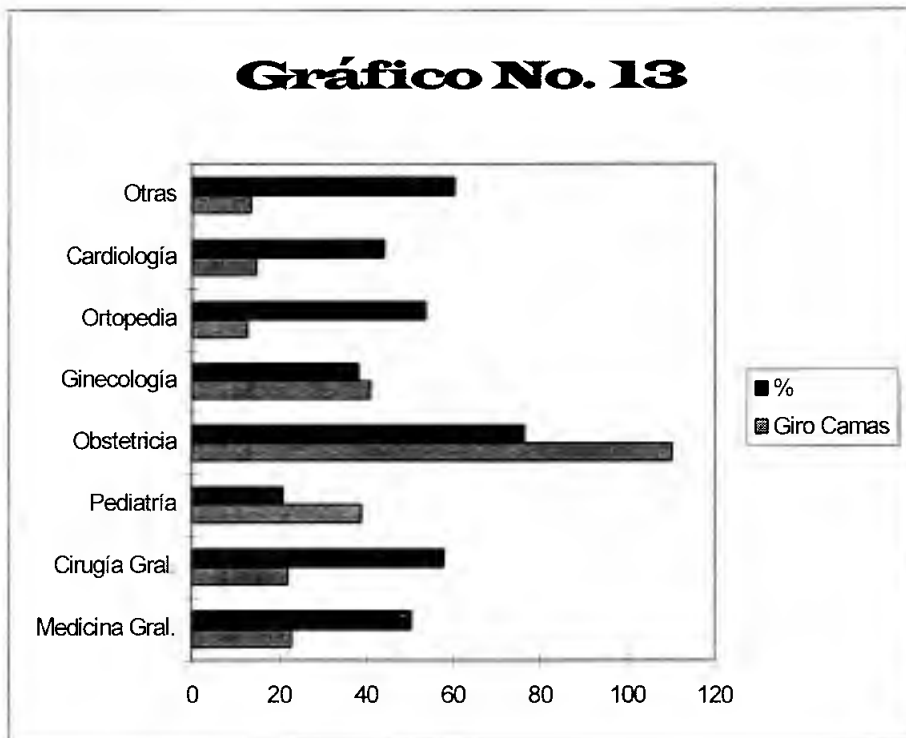
PERSONAL CAPACITADO POR GRUPO OCUPACIONAL
MARZO - JULIO 1995



Se visualiza que la mayor cantidad de recursos humanos capacitados y/o entrenados lo conforman los médicos con 274, para un 29.7% del total, luego le siguen los de prestaciones económicas y sociales con 208, para un 21.2%, en tercer lugar están los inspectores con 19.0%, en ese sentido las enfermeras entrenadas fueron 142 para un 14.2%. Es importante resaltar que la capacitación al personal asistencial director (médicos y enfermeras) representaron el 42.4%.

República Dominicana Instituto Dominicano de Seguros Sociales

GIRO DE CAMAS Y % DE OCUPACIÓN POR SERVICIOS 1994



La relación en estos dos indicadores miden la rotación de las camas y el grado de uso de las mismas. Como se observa en el gráfico, el mayor % de ocupación e índice de rotación lo representa el servicio de obstetricia seguido por el de ginecología. Es importante hacer resaltar que la mayoría de los servicios tienen un bajo % de ocupación o grado de uso de las camas.

B. FONDO SOCIAL HOTELERO Y GASTRONOMICO.

Lic. Domingo Antonio Muñoz Gil

Director Ejecutivo del Fondo Social Hotelero y Gastronómico.

1. Objetivos y funciones especiales.

El Fondo de Pensiones, Jubilaciones y Servicios Sociales de los Trabajadores Hoteleros y Gastronómicos, creado mediante la Ley Congresional de fecha 12.12.84, es una Organización autónoma de carácter no lucrativo y patrimonio propio, creado para garantizar el bienestar social de los trabajadores hoteleros y gastronómicos, esta investido de personalidad jurídica, siendo su duración indefinida.

Tiene como objetivo principal establecer un sistema económico mutuo y equitativo para garantizar el futuro y bienestar social de los trabajadores del área hotelera y gastronómica.

Sus funciones especiales son:

- a) Otorgar pensiones y jubilaciones a todos los trabajadores pertenecientes al área laboral hotelera y gastronómica.
- b) Impulsar la promoción social del trabajador a través de su formación integral, para hacer de él un ciudadano responsable, poseedor de los valores morales y culturales necesarios para la armonía y la convivencia nacional.
- c) Organizar programas de capacitación, perfeccionamiento y especialización.
- d) Realizar todo tipo de actividades que beneficien a estos trabajadores y sus familiares, elevando su calidad de vida y bienestar social.

Su organismo máximo de dirección es el Consejo Técnico de Supervisión y Administración, órgano tripartito en donde están representados los trabajadores, los empleadores y el Estado.

Este Fondo se nutre económicamente con las aportaciones del (1%) del salario base del trabajador y (1%) del monto de la nómina total de cada establecimiento hotelero o gastronómico.

De los recursos económicos del Fondo, el cuarenta por ciento (40%) son destinados a las Pensiones y Jubilaciones y el sesenta por ciento (60%) a los Servicios Sociales.

2. Servicios sociales esenciales.

1. Educación.

1.1 Banco de Libros.

El Fondo Social de los Trabajadores Hoteleros y Gastronómicos, tiene establecido un programa de Banco de Libros, que consiste en entregar partidas de libros de textos escolares a título de préstamo para los hijos de los trabajadores; cada año se incrementa la cantidad de libros entregados, para que al transcurrir del tiempo, se puedan satisfacer las necesidades de todos los hijos de los trabajadores en ese aspecto.

A pesar de que este programa ha sido dirigido sólo a los descendientes de los trabajadores, debemos tener en consideración a la familia completa, o sea al propio trabajador o su cónyuge que estudie.

1.2 Becas de Estudio.

El Fondo mantiene también un programa de Becas de Estudios para los hijos de trabajadores, que consiste en un Concurso Nacional y que a través de sus calificaciones escolares son seleccionados.

Este programa debe ser extendido al propio trabajador o su cónyuge, aún cuando estén cursando estudios universitarios.

1.3 Bibliotecas.

Dado el caso de que los trabajadores hoteleros y gastronómicos se encuentran distribuidos por toda la geografía nacional, se encuentran distribuidos por toda la geografía nacional, se hace necesaria la creación de una red de bibliotecas regionales, tanto para uso de ellos como para sus familiares y la demás población circundante, aunque no pertenezca a este sector laboral.

Su bibliografía deberá de consistir en libros de textos escolares, técnicos de hostelería y gastronomía así como de cultura general.

1.4 Centros Educativos de Formación Técnica.

Debido al auge que en los últimos años ha experimentado la actividad turística y en donde se ha manifestado una escasez de mano de obra cualificada, se hace necesario desarrollar un programa para establecer centros regionales de formación profesional técnica en hotelería y gastronomía.

Debemos de considerar que estos centros no sólo será para la formación de nuevas fuerzas de trabajo que se integraran al sector, sino para perfeccionamiento de los que ya están laborando.

Si consideramos que la hotelería y la gastronomía es una de las bases de sustentación del turismo y que esta es un área de servicios, con el establecimiento de estos centros se aumentará la capacitación para rendir un mejor servicio y a la vez se contribuye a disminuir la tasa de desempleo, integrando nueva fuerza de trabajo.

Estos centros deben ser establecidos en aquellas zonas potencialmente turísticas y contando con la colaboración del Instituto Nacional de Formación Técnica y Profesional (I.N.F.O.T.E.P.).

1.5 Servicios Culturales

Para una formación integral en lo que respecta a una buena o aceptable educación, no basta con leer o estudiar, sino que son necesarias otras acciones complementarias, de aquí que los servicios culturales sean imprescindibles.

2. **Salud.**

Ubicados en el contexto de la Seguridad Social, hemos trazado como objetivo lograr el estado ideal de bienestar de nuestros afiliados, señalando la salud como aspecto prioritario.

En este sentido se ha suscrito un acuerdo con el Instituto Dominicano de Seguros Sociales para realizar una serie de acciones encaminadas a favorecer a los trabajadores del sector. Por medio de este acuerdo el Fondo ha instalado un moderno consultorio médico, laboratorio y farmacia.

Los servicios de consultas, análisis clínicos y dispersación de medicamentos, todos gratuitos, sólo benefician al afiliado directo. Entendemos que estos servicios deben ser extendidos a toda la familia del afiliado como son: el/la cónyuge y los hijos hasta los dieciocho años de edad. De igual forma los servicios asistenciales de salud deben de abarcar los odontológicos. Dentro de un enfoque integral se debe enfatizar la promoción, educación y prevención, a través de las charlas, conferencias, comunicaciones escritas, etc.

Estos centros de salud antes citados deben ser establecidos de forma paulatina en los diferentes polos turísticos, en donde exista mayor concentración de trabajadores y sus familiares. En el caso de la cobertura a los familiares del afiliado directo, se pagará una cuota mínima en los servicios de laboratorio y farmacia.

3. **Centros Sociales de Recreación.**

A través de estos Centros se deben establecer y estimular programas para la participación de los trabajadores con sus familiares, a fin de solidificar los vínculos naturales del hogar.

Se deben crear y obtener la participación de los trabajadores y sus familiares en concursos literarios, canto, música, poesía, pintura, etc.

4. Mercadeo Social.

Tomando en consideración la condición en que vive nuestro país, dentro de una especial inflación, donde día a día el asalariado va disminuyendo su poder adquisitivo, donde el costo de la canasta familiar se va incrementando, donde el consumo necesario de vitaminas y proteínas va en descenso, se hace necesaria la creación de establecimientos en donde el trabajador pueda adquirir estos productos básicos de la canasta familiar a precios accesibles.

Este programa podría comenzar mediante la instalación de establecimientos integrales, en donde no solo se expenda en lo que respecta a su alimentación, sino también a otros productos como son ropa, calzados, cosméticos, droguerías, etc.

Estos establecimientos pueden ser utilizados para la distribución de las informaciones de la institución.

Como la creación de estos establecimientos genera fuentes de empleo, se podrían utilizar familiares de los trabajadores afiliados que estén capacitados para el desempeño de las funciones a efectuarse, y así ayudar a disminuir la tasa de desempleo de nuestro país.

5. Vivienda.

Una de las formas de promover el desarrollo social comunitario es ofreciendo programas que beneficien básicamente a los trabajadores de menores ingresos. Obtener una vivienda por más modesta que sea, en estos tiempos para el trabajador es un sueño.

Debemos pensar que la vivienda, más que un espacio físico que consolida el patrimonio familiar, es un lugar desde el cual se comienza a forjar el cambio social.

Es por esto que debemos promover iniciativas para desarrollar planes de viviendas de bajo costo para los trabajadores.

Dado el caso de lo costoso de un programa de esta naturaleza se hace necesaria la implementación de un sistema coordinado de acciones entre el sector público, el sector privado y los propios trabajadores.

Debemos tomar en consideración el enfoque que hace el Nuevo Modelo de Sistema de Seguridad Social Participada que expresa: "La vivienda social, considerada ya como una prestación de la Seguridad Social, constituye uno de los factores esenciales en el mundo iberoamericano.

De ahí que, en relación con la misma, sea preciso fijar criterios para su expansión y desarrollo.

Estos criterios deberán tender a:

Fomento de la iniciativa privada para la acción de vivienda social por sistemas de exención fiscal y facilidades crediticias.

Estímulos de acciones de viviendas a través de entidades privadas no lucrativas (cooperativas, entidades de ahorro).

Acción Subsidiaria del Estado creando servicios autónomos de ayuda, construcción y adjudicación de viviendas⁽¹⁾

3. Otros servicios sociales.

1. Ayudas por fallecimientos.

El Fondo mantiene un programa de brindar una cooperación económica en los casos de fallecimiento de los miembros afiliados, así como en las muertes de los padres de éste y los hijos hasta los dieciocho años de edad.

(1) OISS Nuevo modelo de Sistema de Seguridad Social Participada. Pág. 24 Serie Estudios. Madrid. 1976.

Este tipo de ayuda se concede una sola vez y es en la actualidad de una cuantía muy limitada. Muchas veces esta cooperación llega al beneficiario un poco tarde, cuando ya se ha incurrido en préstamos onerosos para sufragar los gastos del sepelio, lo que va en detrimento de la situación económica de la familia del trabajador. Esta tardanza se debe al proceso burocrático que se hace y a la dificultad que existe cuando las solicitudes de ayuda provienen de un pueblo del interior ya que no cuenta con oficinas regionales.

Creemos que en parte se puede solucionar este problema, si el Fondo se aboca a la instalación de funerarias propias, principalmente en aquellas zonas donde se concentran la mayor cantidad de trabajadores, de esta forma el servicio podrá llegar a los familiares del trabajador, cobrándosele a éste un precio menor que lo estipulado por las funerarias con carácter comercial.

En los pueblos del interior en donde no se instalan funerarias propias, se pueden concertar acuerdos con establecimientos particulares.

2. Asistencia Legal.

Teniendo el Fondo un Departamento Legal que trabaja a tiempo completo, para dar servicios en lo que respecta a todas las situaciones jurídicas, creemos que es prácticamente factible que los trabajadores puedan también utilizar estos servicios, como órgano de consulta cuando tengan algún tipo de problema de índole legal.

3. Servicio de Empleos.

Es conveniente que el Fondo pueda crear un banco de empleos y de desempleados. Como hemos dicho anteriormente el sector hotelero y gastronómico está en pleno desarrollo, por lo que las oportunidades de empleo están surgiendo día a día.

Este banco se puede nutrir por las informaciones de las necesidades que tienen los establecimientos afiliados y de un listado de desempleados que se obtendrá de inscripciones de los trabajadores.

Este sería un servicio de gran utilidad, pues podríamos reubicar o ubicar al trabajador en una fuente de trabajo más conveniente a sus conocimientos y situación geográfica.

4. Asociación de Pensionistas.

El Fondo tiene bajo estudio las primeras solicitudes de pensiones por incapacidad que hasta la fecha son pocas, pero a partir del mes de enero de 1990, cuando la institución haya cumplido cinco años, o sea sesenta meses y según lo reglamentado, todo trabajador, luego de haber cubierto 60 cuotas, más otras obligaciones, puede solicitar su pensión de retiro, entendemos que las solicitudes se van a incrementar, por lo que tendremos una buena cantidad de pensionados.

Es de todos sabido que el paso de activo a pensionista generalmente produce una peligrosidad de ruptura social a éste último, porque piensa en una marginación social, es necesario crear una Asociación de Pensionistas de trabajadores hoteleros y gastronómicos, en donde el Fondo les brinde los servicios de recreación, asesoramiento y todo tipo de ayuda factible para que éstos no se sientan marginados de la sociedad.

5. Conclusiones.

En el Fondo debemos mantener un contacto permanente con nuestros afiliados y las empresas, con el fin de orientarlos sobre como aprovechar al máximo nuestros programas para su beneficio y el de sus familias, a través de información periódica, utilizando los medios más adecuados para su difusión, como impresos, información personal y medios audiovisuales que se consituyen en apoyo fundamental a la labor de promoción y asesoría de desarrollo los profesionales de las áreas de servicio, quienes escuchen las sugerencias de nuestros beneficiarios con el fin de canalizar inquietudes, transformándolas en planes de servicio cada vez más eficientes, acordes con sus necesidades y perspectivas.

Nuestro objetivo será ser efectivamente una herramienta leal para el bienestar social de los trabajadores y sus familias.

C. INSTITUTO DE AUXILIOS Y VIVIENDAS (SAVICA).

1. Antecedentes Institucionales y Legales.

En la década de los años 50 se estableció una compañía privada denominada Compañía de Seguros, Auxilios y Viviendas, CxA", cuyos accionistas eran personas afectadas y familiares de régimen de los Trujillo. Dicha compañía disfrutaba del monopolio de los seguros de accidentes del trabajo en el país, así como otras operaciones de carácter mercantil.

En el año 1961, al caer la dictadura, las operaciones de Accidentes de Trabajo fueron transferidas al Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS). Concomitantemente se dictó la Ley N° 5574 del 13 de julio de 1961, creando el Instituto de Auxilios y Viviendas, pero conservando las siglas de la entidad original de seguros, auxilios y viviendas, CxAm, (SAVICA), con un patrimonio de \$500,000 donados por la familia Trujillo y con activos constituidos principalmente por terrenos. El objetivo original de esta entidad autónoma del Estado consistía en realizar obras y servicios de mejoramiento social, con carácter no especulativo, así como operaciones de construcción y financiamiento de viviendas, y otras operaciones relacionadas.

Mediante la Ley N° 82 de 1966 se reinstituuyó como obligatorio el Seguro de Vida, Cesantía e Invalidez para los empleados públicos, y se encargó al Instituto la gestión del programa. Esta disposición legal, de hecho, invistió al Instituto como la cuasi-entidad gestora de prestaciones económicas a favor de los empleados públicos, pero su actividad principal continuó siendo la construcción, venta y financiamiento de viviendas a favor de funcionarios públicos, militares y particulares. Para estos últimos fines recibió donaciones de tierras por parte del Estado.

En el año 1970 (Ley 44/70) se actualizó la cobertura en forma obligatoria solo para los empleados públicos con salarios hasta \$ 400 mensuales, y con cobertura optativa hasta dicho monto, para los que excedieron dicho salario.

No hubieron modificaciones legales hasta el año 1986, cuando, mediante la Ley N° 57-86-16 se elevó la cobertura hasta los \$1,000 mensuales, con cobertura general para todos los empleados públicos hasta dicho límite.

Durante todo el intervalo de tiempo comprendido entre los años 1961, fecha de su creación formal, hasta el presente, el Instituto ha continuado concentrando sus recursos en el área de viviendas, pero a partir del año 1986, por iniciativas del Consejo Directivo y del Gobierno, el Instituto ha iniciado un proceso gradual de diversificación programática, el cual se detalla más adelante.

2. Esquemas de financiamiento.

El Instituto se financia:

- a) Con aportes del 2% de los salarios, con un tope salarial contributivo de \$1,000 mensuales, esto es, de \$ 50 mensuales de cuota.
- b) Con el producto de las inversiones financieras.
- c) Con el producto de la venta de bienes (viviendas y solares) y servicios (funerarias, odontológicas, médicos y alimenticios).

Posteriormente se cuantificará el impacto de cada una de estas variables en las finanzas del Instituto.

3. Esquema de beneficios y cobertura.

- a) Seguro de Vida: Indemnización de un año del último salario.
- b) Cesantía: Devolución del 50% de las cuotas legales.
- c) Invalidez Total: Del 20% del último salario con 6 meses de cuotas cubiertas, hasta un máximo del 100 % del último salario, a partir de 2 años de cuotas. Indemnización pagadera en un máximo de 36 mensualidades iguales, con opción del Consejo Directivo de reducir dicho plazo por causas especificadas.
- d) Invalidez Parcial: El 50% de las indemnizaciones especiales para invalidez total.

Según el Artículo 18 la presente Ley se aplica a los empleados del Gobierno Central y empleados de Instituciones Autónomas, con exclusión de las que tengan establecidos planos de pensiones.

Al no haber relación hasta el presente, entre los programas de SAVICA y los planos de pensiones, dicha disposición no tiene justificación técnica o social.

4. Nuevos programas desarrollados (1986-1991).

En el período 1987-1991, además de la modificación legal que permitió actualizar los salarios de cotización y los niveles de indemnizaciones, así como eliminar los topes de afiliación facultativa, se desarrollaron los programas siguientes:

- a) Servicio de Botica Popular, conjuntamente con la Secretaría de Salud Pública, y servicios limitados de atención médica primaria a los asegurados y, en períodos limitados, a personas de bajos ingresos.
- b) Servicios Odontológicos en un Módulo Dental localizado anexo al Instituto, con cobertura limitada y excluyendo servicios de prótesis.
- c) Ampliación de Servicios Funerarios mediante el establecimiento de una Funeraria en la Zona Este de la ciudad, a las cuales también tienen acceso los particulares.
- d) Establecimiento de un Supermercado anexo al Instituto.
- e) Venta de Libros al inicio del año escolar, a precios subsidiados.

5. Acciones actuales de SAVICA en el esquema de Seguridad Social.

Prestaciones Económicas.

- a) Subsidios por Enfermedad - Maternidad.

No es requerido pues en el sector público, la entidad empleadora continua pagando el salario completo durante el período de licencia aprobada.

b) Subsidio de Cesantía.

SAVICA devuelve el 50% de los aportes personales.

c) Seguro de Vida e Invalidez.

Un año de salario, 20% a 80% de dicha suma en caso de invalidez con 6 meses a 2 años de cuotas. Pagadero en cuotas parciales, (hasta 3 años), en caso de invalidez.

d) Pensiones por Retiro e Invalidez.

Programa a cargo de la Secretaría de Estado de Finanzas. Estudios han recomendado transferencia eventual de las Jubilaciones y Pensiones Civiles del Estado a cargo de SAVICA.

Prestaciones Médicas.

Un esquema integral de servicios médicos, y las acciones respectivas de SAVICA, se enumera a continuación:

a) Consultas Ambulatorias.

Servicios limitados de consulta y tratamiento a nivel primario.

b) Hospitalización y Cirugía.

No opera.

c) Servicios Auxiliares de Diagnostico y Tratamiento. (Laboratorio Radiografía, etc.).

No opera.

d) Medicamentos.

Limitado a venta con precios subsidiados, a pacientes ambulatorios, de productos limitados. No existen farmacias propias.

e) Rehabilitación y Readaptación Profesional.

No.

f) Servicios Dentales.

Módulo dental instalado recientemente. Puede satisfacer a lo sumo, un 5% de la demanda de asegurados directos. No existen servicios oftalmológicos.

Servicios Sociales.

Funerarias: Sí
Guarderías Infantiles: No

Recreativos: No. Gobierno dispone de Centros Vacacionales.

Préstamos Personales: Sí

Alimentación (Supermercado): Sí

Lentes: No

Educativos: Programa anual de venta de libros financiados.

Seguro Funerario: En proyecto. Incluye sector privado.

Viviendas.

Estos proyectos, en instituciones de seguridad social, fueron desarrollados en países específicos con parte de las Reservas Técnicas de los planes de pensiones. Los resultados fueron aceptable (INFONAVIT en México), a desastrosos (experiencia de Brasil).

a) Construcción de Viviendas: Si. Programa no expandible por falta de terrenos y recursos. Recuperación de cuotas muy deficiente.

b) **Financiamiento.** No existe actualmente un programa de financiamiento mediante préstamos hipotecarios ni disponibilidad de recursos para tales fines.

CAPITULO II
EL SISTEMA PREVISIONAL EN LA
REPUBLICA DOMINICANA: DIAGNOSTICO Y
LINEAMIENTOS DE REFORMA.

A. Programas Básicos de Previsión Social.

Descripción General

El presente capítulo analiza los programas básicos de previsión social que corresponden al "primer pilar", denominación aplicada a los programas obligatorios, regidos por la legislación, para la concesión de una pensión básica o sustitutiva del ingreso y beneficios por muerte a núcleos poblacionales específicos o universales. La protección en el "segundo pilar" de la previsión integrado por los planes complementarios y ocupacionales, así como, en forma muy escueta, el "tercer pilar", integrado por esquemas no regulados de ahorro individual para el retiro, y por seguros privados con provisión de un capital de supervivencia, es descrita más adelante.

El objetivo básico de un sistema previsional racional consiste en proveer disposiciones que permitan un esquema pensional del primer pilar y del segundo pilar que, en conjunto, provea un nivel adecuado de "sustitución" del ingreso. Existen diferentes modelos para el logro de estos objetivos, por ejemplo, un sistema pensional generoso que aglutine el primer y el segundo pilar, o un sistema básico de prestación social que provea una

* El presente documento de trabajo ha sido elaborado por el Ing. Hernando Pérez Montás, Consultor del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Se trata de un documento preparado para el Gobierno de la República Dominicana. Con expresa autorización del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y del Secretariado Técnico de la Presidencia de la República Dominicana, a pedido del Ing. Pérez Montás, se transcriben partes de dicho documento.

"protección básica", suplementado en el segundo pilar con programas complementarios. El segundo modelo es aplicado por los países de economía de mercado de Europa Occidental y América del Norte, mientras que los países en desarrollo aplican sistemas basados en uno y otro modelo, así como modalidades especiales.

Origen y Desarrollo de los Programas de Seguros Sociales.

La primera legislación nacional en materia previsional data del año 1932, y se refiere a los seguros obligatorios de accidentes del trabajo. Posteriormente, en el año 1947 se promulga la legislación sobre Seguros Sociales, creando al Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) como ente gestor del programa general, adicionándole posteriormente la gestión del programa especial de accidentes del trabajo, para la cobertura de los asalariados del sector privado.

Para el sector público, en forma implícita y después por legislación, se desarrolló un programa de pensiones para los empleados civiles (Fondo de Jubilaciones y Pensiones), suplementado con esquemas especiales para las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, con un ente gestor propio, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional (ISSFAPOL).

En el año 1962 también se creó el Instituto de Auxilios y Viviendas, conocido por las siglas de SAVICA, que provienen de una compañía privada del régimen trujillista denominada Seguros, Auxilios y Viviendas, CxA. En ese año se traspaasa al IDSS el monopolio de las pólizas por accidentes del trabajo que previamente usufructuaba SAVICA, y se convierte en una entidad de prestaciones económicas y de construcción de viviendas para los empleados del sector público. Al presente, el IDSS todavía opera el seguro de accidentes de trabajo con criterio comercial, transfiriendo al programa general los excedentes operacionales de este obsoleto programa, y sin los cuales hubiera confrontado la insolvencia hace muchos años.

Finalmente se estableció por ley un esquema de pensiones no contributivas, según el modelo británico basado en una pensión de monto uniforme sujeto a una "prueba de medios económicos, pero limitado a los nonagenarios y centenarios. Dicho programa, administrado por la Secre-

taría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), fue extendido a las personas de 60 y más años en el año 1985, y opera actualmente según este esquema, basado en un decreto del Poder Ejecutivo y no en una ley. Por último, el Congreso y el Presidente de la República tienen la facultad legal, la cual ejercen con frecuencia, de conceder pensiones "discrecionales".

Esquema Sinóptico de la Previsión Social.

El esquema sinóptico de la previsión social que consta a continuación, tiene dos elementos salientes, a saber:

- a) Con excepción de las pensiones concedidas por el IDSS, todas las demás pensiones, para su efectivización, requieren de un decreto del Poder Ejecutivo o una ley del Congreso.
- b) La dispersión institucional de los programas, que involucran a cuatro Secretarías de Estado (incluyendo la Secretaría de Estado de Trabajo, cuyo titular es Presidente ex-oficio del Consejo Directivo del IDSS) y a dos Entes Autónomos, además del Poder Ejecutivo.
- c) El hecho notable, según se destaca más adelante, de que el volumen conjunto de pensiones concedidas por los demás programas excede apreciablemente las pensiones del seguro social, a pesar de que la cobertura del IDSS es más extensa. Esto afecta la primacía del IDSS como ente rector de la previsión social y pone en duda su eficacia como ente previsional.

Modalidades de Gestión y Naturaleza de los Programas.

Con excepción del programa de pensiones no contributivas a través de SESPAS, los demás programas son contributivos y comparten una característica común: los fondos aportados no se especializan en cuentas separadas sino que se consolidan y diluyen con otros aportes. Por tanto, los costos de los programas básicos se cubren sobre una base corriente y no existen propiamente "Fondos de Pensiones", aunque contablemente el IDSS dispone de reservas brutas de monto insignificante frente a los pasivos y costos actuariales involucrados.

Todos los programas operan bajo esquemas de "beneficios definidos", pero los requisitos de elegibilidad y la fórmula de pensión es diferente para cada programa.

Sólo el IDSS dispone de una "cuenta individual", donde deben constar los aportes acumulados para pensiones. El Fondo de empleados públicos e ISSFAPOL comprueban la elegibilidad "a posteriori", esto es, al momento de formularse la solicitud de pensión. Esto es factible en ISSFAPOL, que dispone de récords precisos de la carrera militar o policial del afiliado, pero es más tedioso en el sector público, donde los solicitantes deben requerir a las entidades en que laboraron durante su carrera civil emitir "certificados" de servicios prestados, a veces, hace más de 30 ó 35 años. Este procedimiento se presta a información errónea y a certificados dolosos.

Tampoco existe "transferencia de derechos" entre el Fondo de Empleados Públicos y el IDSS, y los derechos a pensiones se adquieren sólo en base al servicio en cada sector. Este es un grave inconveniente del sistema, debido a la movilidad laboral intra-sectorial y a la ausencia de previsiones legales sobre "derechos adquiridos", o sea, la facultad de optar por una pensión diferida en base a un mínimo de tiempo de servicio.

La reforma del sistema previsional debe contemplar la actualización y/o establecimiento de cuentas individuales precisas de los aportes y tiempo de servicio de los afiliados, en particular de establecerse modalidades de "contribuciones definidas".

Esquemas de Financiamiento y Sistema Actuarial.

Los sistemas nacionales de pensiones se financian con aportes bipartitos del empleador y los asegurados. Aunque legalmente el Estado deba contribuir al financiamiento del IDSS con una cuota similar a la de los asegurados, ésta nunca se hizo efectiva en la práctica. Las tasas vigentes actuales son las que se muestran en el cuadro 1.

De lo anterior se infiere que los sistemas básicos de pensiones operan intrínsecamente con base al sistema de "reparto simple", con asignaciones equivalentes a los gastos. En consecuencia no han acumulado reservas actuariales para analizar el inevitable aumento de los costos futuros, a medida que aumente la madurez demográfica del sistema.

Cuadro N° 1
Tasas de Contribución a Programas Previsionales

	En porcentaje del salario	
	Asegurado	Empleador
Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)	2 1/2 % (a)	7 % (a)
Fondo de Jubilaciones de Empleados Públicos (FJPE) e ISSFAPOL	4 % (b) (FJEP) 6 % (ISSFAPOL)	Diferencia para cubrir gastos corrientes
Instituto de Auxilios y Viviendas (SAVICA)	2 %	

(a) Para el régimen general, que incluye enfermedad-maternidad y administración, con un tope contributivo.

(b) Más un 2% de las pensiones (optativas), para pensiones a viudas y huérfanos.

(c) Hasta un salario tope de \$1.000 mensuales.

Cobertura Estatuaria.

El IDSS cubre teóricamente a los "obreros" sin límite de salario, y a los "empleados" hasta un tope contributivo vigente de \$ 2,439 mensuales, con exclusión de los empleados que excedan dicha suma. Este es uno de los pocos países de la región que todavía aplica un "tope de exclusión", lo cual constaba en la legislación original del año 1948. Las normas de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) también han eliminado la distinción entre "obreros" y "empleadores".

El Fondo de Empleados Públicos y SAVICA cubren a la totalidad del gobierno central y a un universo variable de entidades autónomas.

El Programa de Pensiones del Instituto Dominicano de Seguros Sociales.

El programa de pensiones del IDSS, denominado IVM (invalidez, vejez y muerte), constituye propiamente el sistema nacional de pensiones del sector privado del país. Operando en base a un modelo institucional "integrado", en el cual el IDSS está a cargo simultáneamente del ramo de pensiones, servicios médicos y administración. Además, el Estado nunca cumplió con su cuenta de financiamiento, salvo aportes simbólicos en los años 1965 y 1988-90.

Cuadro N° 2
Esquema Resumido de Beneficios

<i>Pensiones de retiro</i>	<i>IDSS</i>	<i>FJP</i>	<i>SAVICA</i>
Edad normal de retiro	60 años	60 años	---
Período de Calificación	16 años	20 años	---
Fórmula de pensión (en % del salario pensionable).	40% + 2% por cada 100 cotizaciones semanales + 5% del total por carga familiar	60% (25-25 años servicio) 70% (25-30 años servicio), 80 % (30 y más).	---
Salario Pensionable	Promedio últimos 4 años.	Promedio últimos 3 años	---
Monto Máximo de Pensión	70%	89% s.b.	---
Monto Mínimo de Pensión	\$ 500 mensuales	\$ 343/780 (a partir de 1992)	---
<i>Pensiones de invalidez</i>			
Período de Calificación	5 años	5 años	---
Fórmula de Pensión	Igual a pensión de retiro	70% (5-15 años servicio) a 80% (15 + años servicio)	---
Salario Pensionable	promedio últimos 2 años	promedio últimos 5 años	---
Monto Máximo de pensión	Igual a pensión de retiro	80%	1 año de salario
Monto Mínimo de pensión	Igual a pensión de retiro	70% s.b.	
<i>Muerte:</i>			
Activos pensionados	1 años de salario 6 meses de salario	---	1 año
		Un año de pensión a cónyuge (40%) y huérfanos o ascendientes (40%)	
Cesantía	---	---	50% de aportes sin intereses

Sistema Financiero y Situación Actuarial.

La ley no especificó el sistema financiero del programa IVM. En la práctica se financia con transferencias internas equivalentes a los gastos (reparto simple). Los estados financieros no se preparan con regularidad aunque un estado no auditado de mayo de 1992 mostraba activos líquidos irrisorios, equivalentes a una ínfima proporción de los gastos, y reservas actuariales (activos "financieros" menos obligaciones) negativas en \$ 54 millones.

Ingresos y Gastos.

El cuadro N° 3 presenta los ingresos y gastos consolidados del IDSS en el período 1990-93, incluyendo los "aportes corrientes", de los cuales \$ 146 millones corresponden a pensiones de retiro e invalidez, inexplicablemente el IDSS ha presupuestado \$ 144 millones para el año 1994, lo que implica no conceder ninguna pensión en el próximo año.

Las precariedades económicas del IDSS se manifiestan , aparte de la ausencia de reservas, por: a) gastos en materiales y suministros (incluyendo medicinas) inferiores en 1993 a los del año 1992, b) gastos de capital irrisorios de sólo \$ 19 millones proyectado para el año 1993, frente a una infraestructura médica deteriorada y proyectos inconclusos o abandonados, hace varios años, como el Hospital de Maternidad en Santo Domingo y varios hospitales en el interior (en cambio, los servicios personales, de por sí excesivos, siguen aumentando en forma permanente, proceso que continuará en el año 1994 debido a reajustes recientes de salario), y c) dependencia financiera del IDSS de los superávits del ramo de Accidentes del Trabajo, sin los cuales confrontaría la insolvencia a corto plazo.

Gastos en Pensiones en Porcentaje de Salarios.

Los gastos por pensiones en porcentaje de los salarios constan en el cuadro siguiente, con un ligero aumento relativo a partir del año 1992 debido al reajuste de pensiones de \$312 a \$500 mensuales a partir del mes de agosto de ese año.

Cuadro N° 3
Estado Comparativo de Ingresos y Gastos
 (Valores en millones de RD\$)

	1990	1991	1992	1993 (p)
Cotizaciones bipartitas	278,9	441,6	557,6	660,5
Pólizas de Accidentes de trabajo	49,3	82,3	111,1	151,5
Producto de inversiones	3,9	4,9	4,1	4,0
Otros ingresos	5,7	0,0	1,5	2,5
Total Ingresos	337,8	528,8	674,3	818,5
Servicios personales	183,4	252,6	292,0	377,5
Servicios no personales	26,8	31,1	42,0	59,3
Materiales y suministros	20,5	83,1	119,1	96,4
Aportes corrientes (a)	53,6	83,0	131,8	188,2
Amortización deuda y otros	30,8	50,0	48,0	78,7
Gastos corrientes	345,0	499,8	632,9	800,1
Gastos de capital	18,5	34,4	43,3	19,0
Total de Gastos	363,5	534,5	654,3	981,0

(p) Presupuestado.

(a) Prestaciones económicas (pensiones, subsidios e indemnizaciones).

Cuadro N° 4
Gastos del Ramo IVM en por ciento de los Salarios

Año	Gastos en % de los salarios
1990	1,7
1991	1,7
1992	1,9 (a)
1993	2,1 (a)

(a) Aumento debido a ajuste de pensiones de \$312 a \$500 mensuales a partir de agosto de 1992.

Políticas y Prioridades del Gasto.

La ausencia de políticas sustantivas a nivel superior y la ausencia de estrategias competentes en el área financiero-presupuestal del IDSS, han impedido que el masivo flujo de ingresos originado por la inflación, permitiera alterar la tradicional estructura del gasto corriente, concentrado en servicios personales. En cambio, no se ha dado prioridad a los insumos

médicos, a renovar la infraestructura física y a actualizar a tiempo las prestaciones económicas (pensiones y subsidios). En esto influyeron también factores políticos, pues en las huelgas médicas se procedió a nombrar decenas de médicos sin concurso, los cuales permanecieron después en las planillas, dando por resultado una relación "médico/asegurado" excesiva y costosa.

Tasas de Evasión.

La impopularidad y el descontento por los servicios que presta el IDSS se traduce en una tasa de evasión muy elevada, estimada en el 50%. En otros países como México y Costa Rica, en los cuales la atención médica es adecuada, la tasa de evasión no excede del 10% al 12%.

Operación de Facto como Programa de Protección Básica.

El IDSS ha adoptado la política de reajustar periódicamente las pensiones mínimas, pero las pensiones de monto elevado se han mantenido estáticas. Esto ha resultado en una "compresión" de pensionados en la pensión mínima, independientemente del salario en actividad. El cuadro N° 5, muestra que un 96,3% de los asegurados devengan la pensión mínima de \$500 mensuales, como resultado de la política antes indicada lo que lo convierte en un programa esencial de "protección básica" y no de "sustitución de ingresos".

Cuadro N° 5
Evolución de la Pensión Mínima

Período	Monto mensual \$
Hasta 1988	20
Enero 1986 - Febrero 1990	75
Marzo 1990 - Octubre 1990	150
Noviembre 1990 - Diciembre 1991	240
Enero 1991 - Julio 1992	312
Agosto 1992 a la fecha	500

Secuencia del Aumento del Tope Imponible.

La secuencia en el aumento del salario tope imponible, ha sido la siguiente, equivalente actualmente a 1,67 salarios mínimos. Ajustes subsecuentes deben estar sujetos al objetivo social y a un estudio actuarial.

Fecha	Monto Mensual \$
1948 - 1956	130
1956 - 1979	200
1979 - Dic. 1985	300
Enero 1986 - Oct. 1987	528
Nov. 1987 - Jun. 1988	590
Julio 1988 - Nov. 1989	797
Dic. 1989 - Sep. 1990	997
Oct. 1990 - Dic. 1991	2.019
Enero 1992	2.437

Activos y Pensionados y Cobertura en relación al PEA.

El cuadro N° 6 presenta la relación de cotizantes y pensionados del IDSS en el período 1989-1991, dato basado en estadísticas del IDSS.

Cuadro N° 6
Coefficientes de carga Demográfica por Pensiones

Años	Cotizantes Fijos	Total de Asegurados	N° de Pensiones Vejez	N° de Pensiones Invalidez	Total de Pensionados
1988	291.685	344.777	12.626	4.357	17.163
1989	336.086	397.260	13.716	4.786	18.502
1990	349.023	412.557	14.759	4.920	19.679
1991	362.000	427.890	15.194	4.971	20.165

La cobertura en relación al PEA de 18 a 60 años para el año 1992 es del 17% del PEA de 18-60 años, tasa que incluye a trabajadores móviles con baja densidad laboral. Tomando en cuenta sólo los cotizantes efectivos, la cobertura desciende al 13% del PEA.

Coefficientes de Carga Demográfica y Procesamiento de Pensiones.

Se denomina coeficiente de "carga demográfica" la relación entre el número de pensionados y la población activa. Dicho indicador se utiliza para dos propósitos, a saber:

- a) En los cálculos actuariales, para determinar el "grado de madurez" del programa IVM y el potencial futuro de gastos absolutos y relativos, hasta el estado de madurez estacionario en el cual los costos relativos se estabilizan.

- b) Para determinar la "efectividad" del programa de pensiones; al comparar los pensionados teóricos "esperables" con los pensionados efectivos.

En un plan de pensiones los coeficientes de carga demográfica deben aumentar en función del tiempo, a medida que se vayan concediendo pensiones, las cuales aumentan a un ritmo superior que la población asegurada, proceso que tiende a acelerarse a medida que desciende la tasa de fecundidad. Para la mayoría de los países latinoamericanos de estructura similar a la República Dominicana, los coeficientes de carga demográfica son del 10% al 15%, y alcanzan valores más elevados en países tales como Argentina y Uruguay, más del 20%, Estados Unidos 40% y Suecia 50%, países demográficamente "maduros" con una elevada proporción de personas de edad avanzada.

Los coeficientes de carga demográfica del IDSS, basados en las estimaciones disponibles de población cotizante, constan en el cuadro N° 6.

Bajo condiciones normales el crecimiento de la población pensionada del IDSS debió haber sido mucho mayor. No ha sido posible obtener indicadores confiables sobre el número de pensiones en procesamiento.

El reducido número de pensionados se debe al efecto conjunto de:

- a) Una cuenta individual deficiente, dando por resultado la no calificación de miles de trabajadores ocasionales, principalmente en el ramo de la construcción, al sector azucarero y otras labores agrícolas.
 - b) La evasión o incumplimiento de pago de las cotizaciones de importantes empresas estatales y privadas.
 - c) La pérdida del derecho de miles de trabajadores estacionales o migrantes.
 - d) El desconocimiento de muchos empleadores y trabajadores de sus derechos con el IDSS,
 - e) Una base reducida de afiliados que califican a pensiones, por la incorporación de numerosos cotizantes.
-

Seguro de Accidentes del Trabajo.

Antecedentes.

El sistema de compensación o indemnización por causa de accidentes del trabajo está regido por la Ley N° 385 del 11 de noviembre de 1932, que la interpreta, por el Decreto N° 1805/44 que establece la tarifa de primas; por la Ley N° 1667 de marzo de 1948 que atribuye al IDSS las operaciones de este seguro; por el Decreto N° 1552 del año 1956 que pone bajo dependencia del IDSS el Departamento de Accidentes del Trabajo, y por la Ley 109 del 3 de enero de 1964, y la Ley N° 907/78, fecha de la última modificación formal que se le introdujo al sistema, que establece el monopolio del seguro por accidentes del trabajo a cargo del Instituto Dominicano de Seguros Sociales y que lo hace obligatorio para determinadas categorías de trabajadores. Por resolución del Consejo Directivo a partir de principios de la presente década se han elevado gradualmente los montos de las indemnizaciones.

Nada dice la ley dominicana sobre prevención de accidentes y el elemento redistributivo apenas si se percibe de manera que el sistema dominicano de riesgos profesionales se reduce a una simple tarifa de lesiones enmarcado dentro de un precario conjunto de mecanismos de compensación, similares en naturaleza, pero infinitamente inferiores en alcance, a los que exhiben los sistemas de riesgos profesionales de otros países.

En suma, el actual sistema de compensación de accidentes del trabajo se mantiene sorprendentemente anquilosado e ignora los requerimientos más elementales de la justicia social.

Fundamentos Socio-Económicos del Sistema.

Los planteamientos anteriores evidencian que el problema principal del seguro de accidentes del trabajo en la República Dominicana reside en las limitadas prestaciones económicas otorgadas a los asegurados, las cuales no protegen adecuadamente a las víctimas de accidentes o a sus familiares, en caso de incapacidad total o muerte.

Procede señalar que de todos los aspectos de un sistema pensional precisamente de que el trabajador tiene mejores expectativas para

determinar si es objeto de un trato justo es el sistema de accidentes del trabajo, porque en esas circunstancias su capacidad es afectada por razones directamente vinculadas a la empresa.

Inconsistencias Legales

La Ley N° 385 rige el seguro de accidentes del trabajo que está afectado por inconsistencias e incongruencias legales. Se enumeran a continuación algunos ejemplos ilustrativos:

- a) Las primas se computan sin límite de salario mientras que las prestaciones por incapacidad establecen un límite monetario, suma insuficiente en los momentos actuales para garantizar un nivel decoroso de vida, reduciendo los pagos a proporciones de hasta menos del 20% del salario.
- b) Se establece un tope a los gastos médicos. Afortunadamente, en la práctica, la atención médica al accidentado es prestada por el IDSS de forma general, ignorando dicha disposición.
- c) El párrafo 3 del artículo 2 de la Ley establece que en caso de incapacidad total permanente (pérdida de ambos brazos, ambas piernas, etc) la indemnización correspondiente se pagará por un período no mayor de 100 semanas, con un tope insuficiente que también reduce la prestación a valores irrisorios. Pagada dicha prestación el incapacitado total o permanente queda condenado a la más absoluta indigencia por el resto de su vida.
- d) En caso de incapacidad parcial (Párrafo 4, Art.2).
 - i) No se establece límite en cuanto a la indemnización semanal.
 - ii) Por pérdida de un brazo, la indemnización se paga durante 112 semanas, tiempo superior al contemplado por pérdida de dos brazos.

Estas disposiciones, y otras congruencias legales, tienen su origen en la naturaleza eminentemente comercial de dicho seguro, el cual en sus orígenes era operado por una compañía de seguros siendo traspasado al IDSS sin el legislador haberlo dotado de un ordenamiento social más adecuado.

Análisis de Operaciones.

El financiamiento del programa se basa en primas diferenciales de carácter comercial según la naturaleza de la empresa que fluctúan del 1% al 5% de la nómina para la mayoría de las actividades, con un promedio del 2.5% de los salarios aproximadamente. Nunca se ha evaluado el grado real de riesgo de esta tarifa y las empresas lo consideran como un impuesto adicional al seguro social. Este sistema ha sido sustituido -hace más de dos o tres décadas por todos los países latinoamericanos, sustituyéndolo por dos o tres tasas según el grado de peligrosidad de la empresa, lo cual simplifica notablemente la administración.

Se desconoce la población asegurada pero el salario imponible es superior al del seguro social. Apreciaciones preliminares asumen la cobertura en un 15% superior al del régimen general.

Los ingresos y gastos "contables" han sido los siguientes:

Cuadro N° 7
Seguro de Accidentes del Trabajo
Aportes y Gastos
(Millones de RD\$)

	1993 (p)	1992	1991	1990
Primas cobradas	\$140,0	\$111,1	\$ 82,3	\$ 49,3
Gastos contables	4,7	4,0	4,2	3,0
Excedentes	\$135,3	\$107,1	\$ 78,1	\$46,3
Gastos en % de aportes	3,4%	3,6%	5,1%	6,1%

(p) Proyectado año 1993.

Fuente: Proyectos de Presupuesto del IDSS.

Se destaca el descenso continuo en la proporción de gastos contables, debido a salarios e ingresos crecientes frente a beneficios congelados en valores monetarios.

La dependencia del IDSS de este programa para su supervivencia se acrecienta cada día, proyectándose para el año 1994 \$ 182 millones en primas (23% de los aportes al seguro social general) y gastos contables de \$ 13,7 millones con un impresionante excedente de \$ 168 millones.

Del total de gastos sólo una cuarta parte es pagadera en prestaciones económicas, mientras que el resto se consume en gastos administrativos. Esto implica que:

- a) Sólo un 1% de las recaudaciones se paga en prestaciones económicas y 3% en administración. El 94% restante se transfiere al IDSS como superávit bruto, del cual puede estimarse un 15% como máximo para la cobertura de los servicios médicos.
- b) El programa es autofinanciable con primas del 20% de las aportadas en la práctica, mejorando las prestaciones y tomando en cuenta los gastos médicos.
- c) En consecuencia, los empleadores están subsidiando con unos \$ 135 millones al IDSS, partida proyectada a \$ 168 millones para el año 1994.
- d) El IDSS confrontaría la insolvencia inmediata en ausencia de los excedentes por accidentes del trabajo.

Cobertura en porcentaje del PEA

La cobertura por accidentes del trabajo es superior en un 20% aproximadamente a la del IDSS, esto es, unas 480,000 personas, lo que equivale al 19% del PEA de 18 a 60 años, estimado en 2.489.000 en 1993.

Lineamiento de las Principales Reformas

El cuadro N° 8 presenta una síntesis de las modificaciones propuestas en cuanto a la cobertura, y el esquema de beneficios únicamente.

Programa de Jubilaciones y Pensiones para los Empleados Civiles del Estado.

El programa de jubilaciones y pensiones para los empleados civiles del Estado se sustenta en la Ley N° 379 del 11 de diciembre de 1981, que actualizó las disposiciones legales sobre jubilaciones originales de 1959; y es administrado por el Departamento de Jubilaciones y Pensiones, adscrito a la Secretaría de Estado de Finanzas.

Cuadro N° 8
Síntesis de Modificaciones Propuestas al Régimen sobre Accidentes del Trabajo

Concepto o Prestación	Disposición Actual	Alternativas de Modificación
Ley	N° 385 (1932)	Redactar íntegramente
Cobertura	Empresas con 3/5 trabajadores	Empresas con 1 ó más trabajadores
Financiamiento	Patrono	Integrado al seguro social
Tarifa de Primas	Tipos según Actividad	Agrupar en 3 ó 4 grupos
Forma de Pago	Avance y liquidación final	Pagos Periódicos
Salario Máximo de Contribución	Sin límite	Igual
Salario Máximo de Beneficios	Tope constante	Según costo de vida
Período de Espera	6 días	3 días
Gastos Médicos (Máximo)	(a)	Integrar al IDSS
Incapacidad Temporal		
a) % del salario	50%	75%
b) Duración Máxima	80 semanas	50 semanas
c) Indemnización Máxima Semanal	(a)	Según costo de vida
d) Monto Máximo	(a)	Según costo de vida
Incapacidad Permanente Total		
a) % del salario	50 %	75%
b) Duración Máxima	100 semanas	Pensión
c) Indemnización Máxima Semanal	(a)	Según costo de vida
d) Monto Máximo	(a)	Según costo de vida
Incapacidad Permanente Parcial		
a) % del salario	50%	Variable según lesión
b) Duración Máxima	8-112 semanas	Pensión e Indemnización
c) Indemnización Máxima Semanal	No espec.	Según costo de vida
d) Monto Máximo	(a)	Según costo de vida
Muerte Accidental		
a) % del salario	50%	66/100%
b) Duración	80/156 semanas	Pensión e Indemnización
c) Indemnización Máxima	(a)	Según costo de vida
d) Gastos de Sepelio		
Enfermedades Profesionales	Ninguna	Definir
Rehabilitación Física y Profesional	Ninguna	Programa General
Medicina Preventiva	Ninguna	Programa General

(a) tope absoluto en valores monetarios.

de "reparto simple". Los pensionados también pueden optar por contribuir con el 2% de las pensiones, para asegurar la extensión de una proporción de la pensión a sus sobrevivientes. En 1992 se estimó que un 10% de los jubilados aportaban el 2% de la pensión, tasa que actuarialmente no cubre el riesgo asegurado de pensión vitalicia al cónyuge superviviente.

Los aportes estimados del Estado se estipulan anualmente en la Ley de Gastos Públicos y las nuevas pensiones, que requieren un Decreto del Poder Ejecutivo, son aprobadas muchas veces en "bloque", principalmente los maestros. No existe fluidez en el procesamiento y otorgamiento de las pensiones, las cuales a veces tardan años en concederse, por lo cual numerosas dependencias públicas han recurrido al concurso de conceder licencias indefinidas sin sueldo, que resulta más costoso para las finanzas públicas.

Aportes y Gastos.

La cronología de los aportes y gastos en pensiones del Fondo y el remanente a cargo del Estado consta como consta a continuación.

Cuadro N° 9
Aportes, Gastos y Carga del Estado

Años	Aportes de Afiliados \$	Gastos en Pensiones \$	Carga directa del Estado \$	N° de Pensionados (Diciembre)	Pensión Mensual Promedio \$
1987	15.547.494	44.117.701	28.570.207		
1988	20.653.724	45.730.331	25.094.607		
1989	26.183.807	60.887.574	34.703.767	18.250	256
1990	53.186.469	74.217.444	21.030.975	17.959	317
1991	64.843.913	86.084.679	21.240.766	17.584	377
1992	80.022.381	93.700.445	13.678.064	17.375	415

Fuente: Departamento de Jubilaciones y Pensiones, Secretaría de Estado de Finanzas.

El descenso en el remanente a cargo del Estado a partir de 1990, se debió a reajustes salariales en el sector público, aumentando el monto de los aportes de los afiliados.

El control de la inflación y la política vigente de reducir el gasto público corriente se reflejará en reajustes salariales más modestos en el futuro,

reduciendo la dinámica de aportes de los afiliados. Por su parte, la demanda de nuevas pensiones y su cómputo en función del último salario, incrementará los costos a una tasa superior a los aportes, por lo que el diferencial a cargo del Estado tenderá a aumentar sustancialmente en función del tiempo, debido a la naturaleza del sistema de reparto.

Cobertura en relación al PEA.

A abril de 1992 cotizaban unos 207.223 empleados del Gobierno Central y de entidades autónomas específicas, un 8,3% del PEA de 18 a 60 años. Otras entidades no están contribuyendo al programa porque tienen sus propios planes de pensiones, pero que pueden exigir reconocimientos de su tiempo de servicio en dichas instituciones cuando reingresan al Gobierno Central, debido a una debilidad de la Ley.

El total de pensionados a enero de 1992 se subdivide de la forma siguiente:

Cuadro N° 10
Pensionados por Categoría del Fondo de Empleados Públicos

	14°	Por ciento
Empleados pensionados	17.022	97,97 (a)
Pensiones sobrevivientes	290	1,67
Pensiones temporales (1 año) a sobrevivientes	63	0,36
Total	17.375	100,00

(a) 10,3% contribuye con el 2% de la pensión, para protección de los dependientes.

Problemas Operativos.

Uno de los principales problemas operativos es la tardanza en la tramitación y otorgamiento de solicitudes, proceso que involucra al afiliado, la Secretaría de Estado de Finanzas, la Consultoría Jurídica del Poder Ejecutivo, el Decreto Presidencial, la Tesorería y la Oficina de Presupuesto. En ciertos años se aprueban más solicitudes que las recibidas, indicando un factor de atraso. También se observa cierta irregularidad en la tramitación de pensiones, mientras que el reclamo y concesión de pensiones responde a patrones cíclicos, entre ellos la terminación de períodos presidenciales.

Durante 1989-91 sólo el 82.7% de las solicitudes recibidas fueron tramitadas, y, de éstas solo el 81,4% fueron concedidas, equivalente al 67% de las solicitudes recibidas durante el periodo estudiado.

Un estudio del RUC (Registro Unico del Contribuyente) a diciembre de 1990 determinó que existían en aquel momento 6.193 solicitudes en trámite (sin tomar en cuenta las reclamadas que no estaban en trámite), representando un 59% de los recibidos a la fecha. Del total presentado al 43% eran solicitudes incompletas y el 16% habían sido presentadas erróneamente.

El Programa de Pensiones de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional (ISSFAPOL).

El programa se sustenta en la Ley Orgánica de las Fuerzas Armadas, la Ley Institucional de la Policía Nacional, y en el Decreto N° 30 del 26 de enero de 1982, que crea el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas. El ISSFAPOL funge como ente gestor del programa, con las funciones de captar los aportes de afiliados del Estado, administrar los fondos, tramitar las pensiones y actuar como agente de pago. Además del área pensional, también opera un seguro colectivo de vida, un plan de préstamos y un programa social recreativo.

El programa de pensiones se financia mediante aportes de los afiliados del 6% del sueldo nominal y transferencias del Estado para financiar los déficit operacionales. Este sistema es similar al del Fondo de Pensiones de los Empleados Públicos, y puede calificarse como de "reparto anual", con aportes y transferencias equivalentes a los gastos, sin acumularse reservas actuariales.

La cobertura conjunta actual no se conoce y se estima en unas 35.000 personas, un 1,4% del PEA de 18 a 60 años. La evolución presupuestal consta en el cuadro N° 11.

Cuadro N° 11
Relación de Aportes, Gastos y Transferencias del Estado
 (1990- 1993)

Fuerzas Armadas	1993 (p)	1992	1991	1990
Sueldos	417.947.055	302.180.144	212.271.830	212.081.152
Aportes = 6% de sueldos	25.076.823	18.130.809	12.736.310	12.724.869
Gastos en pensiones	83.696.275	79.980.269	42.513.850	43.692.625
Déficit a/c. del Estado	58.619.452	(61.849.460)	(29.777.540)	(30.967.757)
Interior y Policía	1993 (p)	1992	1991	1990
Sueldos	225.305.155	205.386.646	124.490.150	128.481.144
Aportes = 6% de sueldos	15.150.309	12.323.199	7.469.409	7.708.869
Gastos en pensiones*	34.186.700	33.627.741	14.935.874	16.714.491
Déficit a/c. del Estado	(19.036.391)	(21.304.542)	(7.466.465)	(9.005.622)

* El déficit real es mayor al indicado pues parte de las contribuciones de Interior van al Fondo de Jubilaciones de Empleados Públicos. (p) Presupuestado.

Fuente: Informes de Ejecución Presupuestaria. Ley de Gastos Públicos del Gobierno Central, 1993.

Los costos relativos a cargo del Estado han fluctuado apreciablemente en el período bajo análisis, en función de los reajustes periódicos a los salarios imponibles. Para el año 1993 se estiman las tasas de costos y aportes siguientes:

	En por ciento de los salarios	
	Fuerzas Armadas	Policía Nacional
Costos en pensiones	(20,0)	(13,5)
Aporte de afiliados	6,0	6,0
Remanente a cargo del Estado	14,0	7,5

El elevado costo del programa, similar al de otros países de América latina, se debe al esquema de beneficios que permite el retiro a partir de 40 años de edad a los oficiales, con pensiones básicas del 60% más un 2 1/2% por cada año de servicio después de 20 años.

Estimaciones actuariales efectuadas hace varios años, indicaban, que los costos relativos del programa tenderían a elevarse sustancialmente, lo cual implicará una pesada carga financiera sobre las finanzas públicas, pues los reducidos salarios de los oficiales y clases no permite aumentarles sustancialmente las tasas de aportes. Otra alternativa para contener el incremento de los costos es postergar las edades de retiro.

En el orden social las pensiones se han mantenido en niveles no actualizados por la inflación, a pesar de reajustes periódicos en las pensiones mínimas. Esta situación, unido al reducido salario pensionable, impide a este sector mantener su status habitual de vida en base a la pensión, debiendo buscar fuentes adicionales de ingreso, empleándose en el sector público o privado. Esto es más grave para las "clases", muchas de las cuales confrontan estados de pobreza tangible en la tercera edad. En este sentido, el programa no satisface las necesidades previsionales de los afiliados y, de hecho, consiste en un programa de protección social básico para evitar la pobreza, similar al Fondo de Empleados Públicos y del IDSS.

Esquema Previsional del Instituto de Auxilios y Viviendas.

Según datos suministrados por la entidad el número de empleados públicos cotizantes, que incluyen empleados del gobierno central y de entidades autónomas seleccionadas, constan en el Cuadro N° 12.

De reajustarse los salarios mínimos del sector público a niveles igual o superiores al tope de cotización de \$ 1.000 mensuales, todos los empleados públicos estarían pagando una cuota uniforme de \$ 25 mensuales a SAVICA.

Las operaciones de dicha entidad se concentraron en el área de viviendas hasta el año 1992, pero en el año 1993 se ha ampliado al área de prestaciones sociales. En el área previsional objeto del presente trabajo, las prestaciones económicas se resumen en el Cuadro N° 13.

Cuadro N° 12
Número de Afiliados y Cuotas Pagadas (SAVICA)

Año	N° de Afiliados	Cuotas Pagadas \$	Cuota Mensual Promedio ¹ \$
1990	155.448	29.943.807	16,05
1991	167.048	39.178.752	19,56
1992	178.648	42.401.378	19,78

1. 2,5% hasta un tope de \$1.000 mensuales.

Fuente: Sección de Nóminas de SAVICA. 1993.

Cuadro N° 13

**Cantidad y Monto pagado por concepto de Seguro de Vida.
Seguro de Invalidez y Seguro de Cesantía
(1990-1992)**

<i>Conceptos</i>	<i>1990</i>	<i>1991</i>	<i>1992</i>
Seguros de Vida			
N° de fallecidos	300	292	200
Indemnizaciones pagadas	1.292.298	1.466.976	1.496.486
Seguro de Invalidez			
N° de invalidez concedidas*	741	793	1.125
Indemnizaciones pagadas	1.605.873	1.737.581	3.058.448
Seguro de Cesantías			
N° de cesantías	1.410	1.988	1.482
Monto pagado	381.193	584.983	581.879

* Cantidad promedio.

Fuente: Memoria Anual elaborada por la Sección de Estadísticas. SAVICA (1993).

Esta institución está presidida por un Consejo Directivo y un Administrador General designado por el Poder Ejecutivo, con cuatro miembros ex-officio del sector público (Administrador General, IDSS, Secretaría de Educación y Banco Nacional de la Vivienda), y tres representantes del sector privado, podría convertirse en el Fondo de Seguridad Social de los Empleados Públicos, según el esquema vigente en México y otros países, evitándose la doble contribución de los empleados públicos a SAVICA y al Fondo de Empleados Públicos y dotando al programa de políticas y planes consistentes con los objetivos básicos de un régimen de primer pilar de la protección social.

El programa integrado por los empleados públicos sería financiado por el sistema actuarial de "prima escalonada" recomendado por la OIT, con un período de equilibrio de 5 a 10 años. Este sistema de capitalización parcial permitiría establecer un Fondo de Reserva para el financiamiento de viviendas a los empleados públicos, preferiblemente a través de intermediarios financieros del sector privado, pues la experiencia en proyectos habitacionales autoadministrados no ha sido muy positiva.

El Estado financiaría el programa con una cuota calculada actuarialmente, equivalente al costo de las pensiones vigentes y en proceso, más un margen para la cobertura de los costos inmediatos y de las pensiones vigentes y en proceso, más un margen para la cobertura de los costos inmediatos y de las pensiones discrecionales que conceda el Poder Ejecutivo y Legislativo.

Como una elevada proporción de los empleados públicos se encuentra en niveles económicos precarios, la entidad podría jugar un importante papel en los programas para la reducción de la pobreza especialmente en la etapa post-retiro. También podría contribuir sustancialmente en la reforma social, racionalizando el esquema previsional de este importante sector de la economía nacional, incluyendo el ahorro y la inversión; coadyuvando al financiamiento habitacional, y contribuyendo a eficientizar la burocracia estatal, incluyendo la creación de nuevos puestos de trabajo en el sector público.

Pensiones no Contributivas y Especiales.

Pensiones no Contributivas.

El Estado concede pensiones no contributivas a través de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, con base en la Ley N° 219 del año 1955 sobre pensiones a nonagenarios y centenarios, y el Decreto N° 1150 del mismo año, promulgando el Reglamento de dicha Ley.

Las características básicas son las siguientes:

- No disponer en absoluto de medios económicos.
- Monto de pensión fijada por el Poder Ejecutivo.
- Pensión de centenarios del doble de los nonagenarios.

La pensión se concede por decreto del Poder Ejecutivo y la edad de calificación ha sido reducida a los 60 años eliminándose de hecho la duplicación del monto de la pensión según la edad del beneficiario.

Existen 9.283 pensiones vigentes y 3.015 pensiones en trámite en espera del decreto de concesión por parte del Poder Ejecutivo.

La gestión está a cargo de la Sub-secretaría de Asistencia Social, Dirección General de Protección al Menor y Anciano, División de Nonagenarios y Centenarios. El monto de la pensión fue elevado de \$ 50 y \$ 100 a un monto uniforme de \$ 200 mensuales en el año de 1992.

La nómina actual implica gastos corrientes anualizados de \$ 22.279.200, la cual se elevaría a \$ 29.515.200 de concederse las pensiones en trámite, lo cual tarda de 4 a 5 meses en promedio.

Este programa, que debe continuar operando bajo una filosofía de "focalidad":

- contribuye eficazmente a disminuir los estados de pobreza;
- origina una redistribución positiva del ingreso;
- necesita agilizar y normalizar el proceso de pensiones, eliminando la discrecionalidad que distorsiona la equidad de muchos programas sociales;
- debe sujetar las pensiones a ajustes periódicos;
- debe mejorarse tecnológicamente la gestión, programación y controles administrativos;
- debe jerarquizarse a unidad gestora.

Pensiones Discrecionales de los Poderes Públicos.

En forma discrecional, tanto el Presidente de la República como las Cámaras Legislativas tienen facultad legal para conceder pensiones a particulares, como reconocimiento de "méritos" o por "necesidad económica". La concesión de estas pensiones no contributivas se ha incrementado apreciablemente en los últimos años, y las mismas son pagadas por el Fondo Especial de Empleados Públicos. Deben establecerse ciertas normativas sobre este tipo de pensiones, pues su monto supera en muchos casos la pensión de cotizantes que, durante su vida activa, desempeñaron cargos de relevancia en la Administración Pública.

Pensiones Provisionales.

Ante la tardanza del Poder Ejecutivo de formalizar la pensión del empleado público, las entidades gubernamentales han recurrido a la práctica de conceder "licencia con sueldo", lo cual equivale a una pensión provisional. Esto representa un gasto mayor que podría reducirse eficientizando el procesamiento de solicitudes.

Se estiman en miles las licencias permanentes o pensiones provisionales concedidas por el sector público, hasta que se sancionen la pensión del Fondo que requiere un decreto del Poder Ejecutivo. En la mayoría de los casos, por disposición administrativa, el empleado deja de asistir al empleo y continúa disfrutando del pago del salario completo y, en caso de invalidez, se le concede licencia indefinida. Al transcurrir años en esta situación, el expediente de no conceder la pensión formal del Fondo resulta más costosa para las finanzas públicas, pues éstos continúan percibiendo el 100% del salario.

La cuantificación del número de las pensiones provisionales no es factible actualmente, pues los beneficiarios se encuentran incluidos en las nóminas del personal activo o disfrutan de licencia (formal o informal), por enfermedad o por incapacidad y, a veces, sin especificar su status de empleado.

B. Planes Complementarios y Ocupacionales de Pensiones.

Descripción General.

La ausencia de protección integral y las carencias tanto del IDSS como del Fondo de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados Públicos, han impulsado a numerosas entidades y empresas tanto del sector público como privado a fomentar la seguridad económica mediante planes complementarios de pensiones. Los primeros planes datan de los años sesenta y fueron establecidos por entidades bancarias y empresas de capital extranjero. A diferencia de otros países, muchos de estos planes, especialmente los del sector autónomo del estado, aglutinan simultáneamente la cobertura del primer y del segundo pilar de la previsión, debido a que sus afiliados no están cubiertos por el IDSS ni por el Fondo de los Empleados Públicos. Otros planes duplican o se superponen a la protec-

ción básica del sistema de seguridad social. A continuación se plantean aspectos esenciales de dichos programas los cuales, en su mayoría, no están regulados o sometidos a supervisión.

Bases Legales.

Los planes complementarios que no están regidos por leyes especiales operan según las bases legales siguientes:

- a) Ley 520 del 26 de julio de 1920 sobre Asociaciones sin fines de lucro.
- b) Ley 772 del 24 de mayo de 1978 sobre Planes de Retiro.
- c) Resolución interna de los órganos directivos de las empresas y/o disposiciones de las leyes orgánicas.

Los planes amparados por la ley 520 fueron establecidos en su mayoría antes de la Ley N° 772 del año 1978. Su finalidad básica consistió en establecer un plan con personería jurídica independiente, de forma que la empresa no fuese afectada por las operaciones del plan, y viceversa, incluyendo las ventajas fiscales inherentes.

La Ley 772/78 se dictó ostensiblemente para fomentar los planes de pensiones en empresas periodísticas pero es de aplicación general a todas las empresas. Se establecen requerimientos técnicos y administrativos específicos sobre la instauración y operación de los planes y más importante, no fue derogada por el Código Tributario que, en su artículo 401, enumera tácitamente las leyes derogadas. Por tal razón asesores legales opinan que continúan vigentes las exenciones impositivas establecidas por la Ley 772 sobre aportes de las empresas y utilidades de las inversiones.

Diversas entidades han establecido planes por Resolución de sus Consejos de Administración o Directivos, particularmente entidades o empresas estatales o para - estatales no afectadas por impuestos sobre utilidades. Además, un grupo limitado de entidades ha instituido los planes en cumplimiento de sus leyes orgánicas (Banco Central y Banco de Reservas), que establecen además que las pensiones concedidas por el organismo están exentas del impuesto sobre la renta.

Distribución Sectorial.

En el país, los planes complementarios de pensiones se distribuyen en los sectores siguientes:

- Planes complementarios del sector privado.
- Planes complementarios de entidades o empresas del sector público o autónomo del Estado.
- Planes estatutarios regidos por leyes especiales (planes empresariales).

En cuanto a la información sobre los planes administrados por compañías de seguros, aparentemente la mayor parte de las compañías ya no reportan las operaciones en sus informes a la Superintendencia de Seguros considerando el plan como un contrato fiduciario y no como una póliza de seguros (con la ventaja adicional de que las compañías de seguros no deben entonces pagar los impuestos fiscales correspondientes).

Esto se debe a que algunas entidades bancarias comenzaron a ofrecer planes de retiro sobre una base directa y sin sujeción a impuestos o regulaciones de la Superintendencia de Seguros, reaccionando los aseguradores de esta forma a lo que se considera como una competencia desleal. El resultado ha sido una desregulación informal en materia de planes de pensiones contratados a través del sector asegurador, mientras que la iniciativa de los bancos comerciales de inversiones en este mercado no ha prosperado significativamente, con una cartera que se estima en el 3% del mercado.

Sobre la base de la información disponible, se estima la distribución porcentual siguiente del número de planes de pensiones, excluyendo los cinco planes ocupacionales regidos por leyes especiales que se especifican más adelante:

PLANES AUTOADMINISTRADORES	80%
a) Entidades autónomas del sector público	(15%) (2)
b) Empresas del sector privado	(65%)
PLANES SUBROGADOS	20%
a) Compañías de Seguros(1)	(17%)
b) Entidades Bancarias	(3%)
	100%

(1) Cartera exclusiva de empresas del sector privado. Para los bancos excluye los planes propios auto-administrados.

(2) Incluye empresas estatales.

Modalidades de Gestión.

Los planes complementarios de pensiones pueden ser:

- a) Autoadministrados por las empresas o por la entidad jurídica que auspicie el plan, a través de un Comité dirigido esencialmente por funcionarios de la propia empresa, aunque también existe representatividad marginal de los trabajadores.
- b) Por subrogación con una entidad fiduciaria .
- c) Por cesión de la administración y/o del riesgo con una Compañía de Seguros.

La mayoría de los planes de pensiones del país son autoadministrados, particularmente los planes de empresas o entidades de mayor tamaño. La autogestión incluye no sólo los procedimientos administrativos sino también las inversiones.

Las compañías de seguros, como parte de sus operaciones normales, ofertan en el mercado la venta de planes de pensiones, programas a los cuales se han acogido numerosas empresas de tamaño intermedio. También ofrecen la conversión del capital acumulado de pólizas de vida "dotal" o "universal" en una renta cierta o vitalicia. Las modalidades de gestión son las siguientes:

- i) Gestión administrativa, actuarial y de inversiones, asumiendo sólo el riesgo del pago vitalicio de la pensión al concederse ésta , debitando al Fondo acumulado el valor capital de la anualidad, y ii) aseguramiento integral del plan de pensiones.

Incentivos Fiscales.

Financiamiento del Plan.

La Ley 772 establece que los aportes de las empresas para financiamiento de los planes de pensiones están exentos de impuestos. Sin embargo, el Código Tributario establece paralelamente que los aportes de la empresa son deducibles, hasta el 5% de la renta imponible de un ejercicio económico.

Esta última disposición no tiene justificación técnica, contradice lo establecido en otros países, y supedita el financiamiento del plan a la capacidad de la empresa de obtener beneficios. Si no obtiene beneficios, no aporta el plan, lo cual impide que el plan esté debidamente financiado, en detrimento de la seguridad de los trabajadores. Obviamente, esta disposición, de carácter eminentemente fiscalista y que fue transcrita sin consulta técnica de la antigua ley de trabajo, debe ser derogada.

Se presenta además la disyuntiva de la vigencia de leyes paralelas, pues el Artículo 401 del Código Tributario establece explícitamente -y por ende, limitativamente- los dispositivos legales a ser derogados, excluyendo a la Ley 772/78. También crea discriminación entre los planes de entidades del Estado, no sujetas a impuestos, y los planes del sector privado.

En cuanto a los aportes de los trabajadores afiliados a dichos planes, no existe deducción impositiva.

Productos de Inversiones.

El producto de las inversiones de los planes debidamente establecidos está exento de impuestos, en virtud de la Ley 772 y la Ley 520. En los planes establecidos por Resolución (planes de empresas y entidades del Estado), la exención del producto de las inversiones es "implícita".

Prestaciones.

Sólo las pensiones de dos Bancos del Estado están exentas de impuestos, en virtud de sus Leyes Orgánicas. El resto de las pensiones no está exento, lo cual genera "doble tributación" en planes contributivos, en detrimento del trabajador. No obstante, algunos planes sólo computan impuestos sobre la proporción de la pensión ganada por los aportes empresariales, eliminando de hecho el impacto regresivo de la doble tributación. Este mecanismo debe ser precisado en las enmiendas legales sobre planes de pensiones.

La elevación de la exención personal a \$ 60.000 anuales establecida por el nuevo Código Tributario ha excluido de hecho del universo impositivo a la mayor parte de los pensionados. Por tanto, la carga tributaria sobre las pensiones en planes contributivos ha perdido significación práctica.

Transferencia de Derechos y Reconocimiento de Servicios.

En el sector privado, los planes no contemplan transferencias de derechos de un plan a otro del mismo sector o del sector público. Este aspecto es de suma importancia en vista de la movilidad laboral que afecta a diversos sectores de la economía nacional, y puede ser obviada por provisiones sobre “beneficios investidos”, según consta más adelante.

En el sector público, algunos planes enuncian la facultan de transferir derechos a otra entidad del Estado, o de reconocer servicios, sujeto a reciprocidad. Otros planes reconocen sin trabas los servicios prestados en otras entidades del Estado.

En todo caso, no se efectúa transferencia de reservas de un plan a otro; por tanto el plan de la entidad a que es transferido el empleado absorbería el pasivo actuarial del otro plan, y viceversa.

Deducción de Pensión de Seguro Social.

La mayoría de los planes del sector público no son “integrados” con el sistema de pensiones del seguro social, en el sentido de que no incluyen la cláusula de exclusión de parte o la totalidad de la pensión del seguro social, lo cual es correcto debido a la exclusión del empleado público de la cobertura del IDSS. Ningún plan del sector público tampoco deduce la pensión ganada o pagable del Fondo de empleados públicos, lo cual genera duplicidad de pensiones.

En el sector privado, la situación es más compleja, debido al tope de exclusión de la cobertura. La mayoría de los planes establecen un tope de pensión del plan complementario del 100% del salario menos la pensión del seguro social. Otros establecen la cláusula de deducción de la pensión del plan, de la pensión “bruta” pagadera por el plan. Esta cláusula no ha sido aplicada frecuentemente en la práctica, debido a los diferenciales en las edades de retiro entre el IDSS y el plan complementario, y, principalmente, por la tardanza de meses y hasta años entre la solicitud de la pensión y su concesión por el IDSS.

La “integración” de un plan complementario con el sistema nacional de seguro social mediante provisiones de exclusión (offset), es norma básica

de los planes de pensiones complementarios en Norteamérica y Europa Occidental, y se basa en el principio de que la suma de ambas pensiones debe producir el mismo nivel de sustitución del ingreso, *irrespectivamente del salario* del empleado.

Las consideraciones precedentes deben ser tomadas en consideración en el diseño racional de los planes de pensiones de beneficios definidos en el sector público y privado.

Beneficios Invertidos. Pensión Diferida.

Esta norma permite que después de cierto período de participación y/o edad en un plan complementario de pensiones, el trabajador está “invertido” del derecho a una pensión “diferida”. Normas laborales en Estados Unidos y Canadá establecen un período de participación de 5 a 10 años, y edad de 40 y más años, para adquirir el derecho. En el país, la mayoría de los planes de pensiones no contemplan un cláusula de derecho adquirido a pensión diferida, excepto a partir de la edad prematura de retiro, ni existe norma legal al respecto.

La ausencia de dicha disposición, conjuntamente con la ausencia de normas sobre transferencias, origina la pérdida de pensiones a miles de empleados en un escenario de elevada movilidad laboral.

Exclusión Mutua de Pensión y Cesantía.

El Código de Trabajo establece que la pensión complementaria y la compensación por cesantía son mutuamente excluyentes. El trabajador que opte por la Cesantía sólo tiene derecho a la devolución de sus aportes personales, si el plan es contributivo. En caso de optar por la pensión no tiene derecho a la Cesantía.

Muchos trabajadores optan al retiro por la cesantía en lugar de la pensión. Si tienen derecho a pensión del seguro social, mantienen la seguridad económica de una pensión básica. En caso contrario, la probabilidad de insolvencia a corto plazo es muy elevada, aparte de que el valor actuarial presente de una pensión vitalicia es más elevada que la indemnización por cesantía. Algunas empresas pagaban ambos beneficios -la pensión y la cesantía- pero en vista del aumento del pago por cesantía dispuesto por

el nuevo Código de Trabajo, han revisado esta política o no se ciñen estrictamente a la ley.

En vista de las carencias del sistema nacional de seguros sociales, y la inhabilidad del trabajador de ahorrar para proveerse de una protección adicional del "tercer pilar", esta limitante debe ser reformulada en la reforma del sistema previsional nacional.

Política de Inversiones.

La gran mayoría de los planes contributivos concentra sus inversiones de la forma siguiente:

- 25% a 35% de activos en préstamos a personal e hipotecarios.
- Valores financieros.

Muy pocos planes han adquirido bienes inmuebles o divisas extranjeras, y varios confrontan pérdidas significativas en valores adquiridos en bancos "feriados". También se han confrontando pérdidas en préstamos hipotecarios en planes del sector público, debido a reticencia en ejecutar la hipoteca y por mecanismos de cobro deficientes.

Ultimamente los planes han aplicado una política más cautelosa de inversiones, concentrando los valores financieros en las entidades bancarias de mayor capitalización, y restringiendo los préstamos hipotecarios debido al considerable aumento en el precio de las viviendas. Asimismo, han recurrido a intermediarios financieros para préstamos hipotecarios, en vez de concederlos directamente. Esto ha originado mayor liquidez y concentración de activos en valores financieros.

Los planes no contributivos, usualmente de empresas de capital extranjero, no conceden préstamos personales e hipotecarios, concentrando sus inversiones en valores financieros.

Situación Actuarial

La situación actuarial de los planes complementarios fluctúa, por regla general de "adecuada" o aceptable, para los planes de empresas organizadas del sector privado, hasta "crítica", para algunos planes del sector público y de empresas estatales. Los déficit actuariales se originan en: i) un diseño defectuoso del programa (con beneficios no financiados con los

aportes), ii) pérdidas actuariales (con rendimiento real negativa), y, iii) en algunos planes, deficiencias operativas, por ejemplo, la concesión liberal de pensiones por invalidez a personas sanas que aspiran, y logran, retirarse con una pensión vitalicia a edades tempranas. Esta última tendencia es muy prevalente entre el personal femenino de entidades del sector público. Asimismo, en el período inflacionario 1989 - 91 muchos planes no "indizaron" sus inversiones, con más pérdida sustancial del valor real de las reservas actuariales.

Fuertes déficit actuariales han sido detectados, por ejemplo, en valuaciones actuariales de los planes del Consejo Estatal del Azúcar (CEA) y de empresas de la Corporación Dominicana de Empresas Estatales (CORDE), lo cual incide muy negativamente en los costos de operación y en la capacidad competitiva de la empresa. Incluso hace varios años el Fondo de Indemnización al Retiro de la Superintendencia de Bancos tuvo que ser disuelto y reformulado por insolvencia financiera, debido a un esquema de beneficios no solventable con los aportes.

Paradójicamente uno de los planes complementarios de pensiones de diseño más deficientes y mayor desfinanciamiento del país es el plan de los empleados del IDSS, cuya liquidez es nula, los atrasos en aportes estatutarios de la entidad han aumentado a \$72 millones actualmente y, según estudios actuariales efectuados hace más de dos años, el déficit actuarial se estima en más de \$ 200 millones.

Los requisitos de elegibilidad son muy liberales y la pensión se computa en base al último salario (en comparación al promedio de los últimos cuatro años para el seguro social general).

El programa, al igual que el Fondo de Empleados Públicos, no puede satisfacer la demanda de pensiones y constituirá una pesada carga financiera sobre los costos operacionales de la entidad, en desmedro de su función básica de conceder pensiones a los asegurados del sector privado.

El plan de pensión del IDSS también ha establecido una pensión mínima de \$ 500 mensuales a partir de febrero de 1993; pues antes de esa fecha muchas pensiones eran de monto irrisorio. El costo diferencial de unos \$ 300.000 mensuales está siendo cubierto por el IDSS. De hecho, el

programa se financía sobre una base corriente y las disponibles, colocadas en préstamos al personal, han perdido su significación económica por lo reducido de su valor real.

Dimensionamiento de los Planes Complementarios.

Al no existir una entidad central reguladora de los planes pensiones complementarios, se dificulta apreciablemente el dimensionamiento exacto del sector y su incidencia en el ahorro y gasto social. No obstante, existe información directa de planes sometidos a valuación actuarial por parte de actuarios consultores. Sobre esta base se tomó un inventario directo en los planes disponibles, con los resultados siguientes:

Nº de planes inventarios	: 46
Nº de Afiliados	: 62.331
Activos Consolidados	: \$ 775.037,00
Nº de Pensionados	: 7.422
Tasa Demográfica	: 11,9%

De esta muestra selectiva los planes "grandes" son predominantes en el volumen de reservas, según consta a continuación:

Clasificación del Plan	Nº Empleados	Nº Afiliados (millones)	Activos(%)
Grande	1.000 y más	43.383 (70)	\$ 572 (74)
Intermedio	300/999	15.763 (25)	175 (23)
Pequeño	menos de 300	3.185 (5)	29 (3)
Total		62.331 (100)	775 (100)

Esta muestra representa sólo el 35% al 45% del total de planes en operación, correspondiendo la mayor parte del resto a planes contratados con compañías de seguros, de empresas de tamaño intermedio y pequeña.

Por tanto, el universo total en operación actualmente puede estimarse preliminarmente en:

Nº de planes	: 115/125
Nº de afiliados	: 80.000
Activas o Reservas	: \$ 1.800.000.000

La reducida tasa demográfica implica un grado reducido de madurez, con gastos corrientes que, en proporción a los ingresos continuaran aumentando proporcionalmente durante muchos años.

En cuanto al grado de capitalización, éste depende: i) del tiempo de operación del plan, debido a que los pasivos actuariales iniciales son amortizados a largo plazo y, ii) de la madurez actuarial del programa, según el tiempo de operación de la empresa y la distribución por edad de los empleados.

Planes Estatutarios de Pensiones Ocupacionales

Por disposición legal, se han establecido en el país varios planes de pensiones “ocupacionales” a saber:

- Fondo Común de Servicios Sociales, Pensiones y Jubilaciones de los Trabajadores de la Construcción y Actividades Afines.
- Plan de Bienestar Social de los Trabajadores Hoteleros y Gastronómicos.
- Caja de Pensiones y Jubilaciones para Obreros Portuarios.
- Fondo de Bienestar Social de los Billeteros.
- Caja de Pensiones de los Choferes.

Dichos planes adolecen de fallas de diseño y ausencia de estudios actuariales que garanticen su solvencia a largo plazo. En varios planes, las tasas de aportes equivalen a una fracción ínfima de las requeridas actuarialmente, y al menos dos de los planes ni siquiera han podido dar inicio al pago de las pensiones instituidas por la legislación, y están concediendo en cambio “ayudas” o pensiones provisionales.

Para los asalariados, dichos planes corresponden esencialmente al segundo pilar, o sea, una pensión suplementaria a la del seguro social. Para los billeteros y otros trabajadores “independientes” o por cuenta propia, especialmente en el sector de la construcción, el plan representa el primer pilar, o sea, su única protección previsional al cese del trabajo productivo.

Lamentablemente, por la endeble situación actuarial de dichos programas, las expectativas de miles de trabajadores independientes no podrán ser satisfechas, lo cual les colocará, en la tercera edad, en niveles de dependencia económica o de pobreza. Correctivos en este sentido deben formar parte de la agenda de reforma social.

Los datos siguientes son ilustrativos sobre los Fondos de los Portuarios, Hotelero y de la Construcción.

Cuadro N° 14
Resumen de Financiamiento y de Beneficios de Planes Ocupacionales

	<i>Fondo Portuario</i>	<i>Fondo Hotelero</i>	<i>Fondo de la Construcción</i>
Base Legal	Ley N° 146/83	Ley N° 250/84	Ley N° 686-86
	Decreto N° 2650/85	Decreto N° 2650/87	Decreto N° 683/86
Aporte Empresa ¹		1% del salario	1% del valor de obras
Aporte Afiliados ¹	3% del salario	1% del salario	1% del salario
Beneficios	Definidos	Definidos	Definidos
Edad de Retiro	50/60	50/55 años	50/60
Contribución mínima	---	5 años	18 meses
Tiempo de Servicios	10/20	20 años	20 años
Pensión (5 del salario base)	\$400	80%	80 %
Pensión Mínima		50% salario mínimo	50% salario mínimo
Ingresos (1992)	\$400	\$9.000.000	\$4.420.000 ²
Contribuyentes (1992)	10.250	4.502	5.500/7.000

1. Aportes para pensiones y prestaciones sociales.

2. Incluye reserva de servicios sociales.

En el Fondo de la Construcción y Hoteleros la evasión es considerable. En el Fondo de la Construcción sólo se recibieron aportes de obras por un valor total de \$ 442 millones, indicativo de una evasión de más del 90% , la cual es generalizada en el sector público. En cuanto a los aportes, el remanente neto para pensiones es inferior al 1% de los salarios de planes que, con la estructura de beneficios, implica costos actuariales del 15% al 20% de los salarios.

Ninguno de los fondos ha podido dar cumplimiento estricto a las disposiciones legales sobre pensiones, lo cual los conduciría a la insolvencia a corto plazo. Por tanto, los dispositivos legales de estos planes deber ser formulados íntegramente, con una estructura de financiamiento y de beneficios acorde con la factibilidad financiera y la necesidad social del colectivo asegurado.

En el Fondo Portuario, cuya administración de beneficios se percibe eficiente, se recabaron los detalles siguientes:

Nº de pensiones vigentes:	1.978
Nº de pensiones en trámite:	1.117
Inversiones financieras:	\$4,27 millones
Sindicatos afiliados:	31

Las reservas acumuladas equivalen a los gastos por pensiones vigentes durante unos cinco meses, sin tomar en cuenta los pasivos actuariales del personal activo en trámite de pensión. Por tanto, la situación actuarial de este fondo también es crítica, requiriéndose reajustar el esquema de beneficios y de financiamiento.

El Fondo de Billeteros se nutre con una proporción del precio de los billetes, el cual se utiliza también para prestaciones médicas y sociales. Una considerable cantidad de recursos se invirtió en un Hospital para los billeteros, sin estudio de factibilidad previo, el cual no ha podido ser completado. El número de billeteros se estima en 8.000, diseminados por todo el país.

Una alternativa es convertir dichos planes de “beneficios definidos” en planes de “contribución definida”, dejando al seguro social la pensión básica de seguridad social, pues según el esquema actual la garantía de cumplimiento de las pensiones es remota.

Se requiere además reforzar la función gerencial y operativa de dichos programas, los cuales carecen de cuenta individual de aportes.

No obstante, de los afiliados a planes ocupacionales cubiertos legalmente por el seguro social, una elevada proporción evade la afiliación, en colusión o por decisión del empleador, principalmente en el sector de la construcción, pero también en el área de hoteles, restaurantes y portuarios.

En esta área de trabajadores "móviles" o "temporeros" la evasión al IDSS se estima en más del 70%. Una elevada proporción del resto de los asegurados, serán afectados en su derecho a pensión, por la mora reiterativa del empleador en el pago de cotizaciones al IDSS, situación que también afecta a los trabajadores de empresas estatales.

Se destaca finalmente que los pensionados y cuasi-pensionados (ayudas económicas) en los planes complementarios y estatutarios, a pesar de su limitada expansión se estiman en 10.000 personas, la mitad del total de pensionados del IDSS.

Cobertura en relación a la Población Económicamente Activa.

La cobertura estimada de los planes complementarios y estatutarios en relación al PEA para el año 1992 consta en el cuadro N° 15.

Cuadro N° 15
Afiliados y Cobertura en relación al PEA de Planes Complementarios

	N° de Afiliados			Cobertura (% del PEA) ^(a)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Planes Complementarios	56.000	24.000	80.000	3,2%	3,3%	3,2%
Planes Estatutarios	28.000	1.000	29.000	1,6%	0,1%	1,2%
Total	84.000	25.000	109.000	4,8%	3,4%	4,4%

(a) De poblaciones de 18 a 60 años.

Fuente: Estimaciones provisionales del autor.

Un 30% de los afiliados a planes complementarios se estima de sexo femenino, mientras que en los planes estatutarios, por la naturaleza ocupacional de los planes, el 96% de los afiliados se estima es de sexo masculino. La cobertura conjunta en relación al PEA es muy reducida y es menor para el personal de sexo femenino.

Seguros de Vida

La protección individual o mediante planes colectivos de vida con compañías de vida constituyen un elemento importante del tercer "pilar" de la previsión social. Esto es aplicable más propiamente en las pólizas individuales de vida, muchas de las cuales contienen cláusulas que implican un ahorro pagadero al retiro en caso de que no ocurra el fallecimiento (seguro total o universal).

Las estadísticas recopiladas muestran una tasa anual de crecimiento del 23.3% en el período 1988-92 pero deflactando a precios del año 1988, el valor real de las primeras cobradas en el año 1992 fue del 61.9% de las cobradas en el año 1988. Esto incide en un desfase en la actualización de las sumas aseguradas, lo que conlleva a un menor nivel de protección efectiva de los asegurados.

Cuadro N° 16
Primas Cobradas y Pólizas de Seguros

Año	Primas Netas Cobradas (Millones de RD\$)	N° de Pólizas	Primas Netas en Valores Contables (1988:100)
1988	134,1	217.986	100,0
1989	180,4	282.539	92,5
1990	232,8	316.279	74,9
1991	270,4	338.029	56,5
1992	310,1	nd ¹	61,9

1. Dato no disponible.

Fuente: Superintendencia de Seguros. Boletín sobre Primas cobradas (1992) e información directa.

Las estadísticas disponibles no segregan las operaciones de seguros colectivos de las pólizas individuales y dentro de estas últimas, las que corresponden a seguros "temporales" de vida o seguros a largo plazo sin acumulación de reservas-que cubren simplemente el riesgo de muerte de

las pólizas que también implican un elemento de ahorro y, por lo tanto, asimilables en un esquema pensional de ahorro individual.

Tampoco existe una distribución por sectores económicos, aunque la partida de primas que corresponde al sector público, concentrada en seguros colectivos temporales sin acumulación de reservas, no puede calificarse propiamente dentro del "gasto social".

En cobertura poblacional, la mayor proporción corresponde a los seguros colectivos de vida pero en volúmen de primas la situación es inversa debido a la mayor prima de la póliza total o universal; que de hecho contiene dos elementos: seguro y ahorro. Por ejemplo, un seguro colectivo temporal de \$ 30.000 para una persona de 35 años por un año sólo costaría unos \$ 200 anuales (\$ 0,55 mensual por \$ 1.000 de seguro aproximadamente), mientras que un seguro del mismo monto, que paga esa suma por muerte o supervivencia al fin del período de 20 ó 25 años, costaría 20 veces más.

Apreciaciones preliminares indican que del total de primas cobradas un 50% podría asignarse a pólizas individuales con un elemento de ahorro. Sujeto a la disponibilidad de estadísticas más elaboradas, se utiliza esta partida para dimensionar la extensión de los seguros privados con incidencia en el ahorro para el retiro (tercer pilar de la previsión social). De dicho total, una proporción del 15% - 20% aproximadamente se destina a gastos de gestión, administración y reservas catastróficas, quedando un remanente de unos \$ 256 millones para el ramo de vida y de \$ 128 millones para pólizas con un elemento de ahorro diferido.

En general, las erogaciones del sector público en esta área, concentradas en pólizas colectivas de vida de costo actuarial reducido, no pueden calificarse como "gasto social" ni impactan significativamente en las políticas sociales para la reducción de la pobreza. Tampoco existe una política coherente del sector público en cuanto a la protección en esta área, y algunos grupos ocupacionales, por ejemplo los agrónomos, han logrado que el Gobierno Central les contrate un seguro colectivo de vida. Otras dependencias del Gobierno Central carecen de protección, aunque prácticamente la totalidad de las entidades autónomas han contratado seguros colectivos de vida.

En el sector privado, el volumen de las primas suscritas en seguros individuales manifiestan una inclinación tangible de seguridad económica adicional, en los cual influye la cobertura limitada de seguro social en el área pensional.

C. Diagnóstico General y Opciones de Reforma.

Diagnóstico Sectorial del Primer Pilar.

Los planteamientos anteriores muestran un primer pilar de la previsión social afectado de numerosas deficiencias. En el basamento jurídico, el seguro de accidentes del trabajo consiste en un régimen de carácter comercial con características de hace más de 60 años; SAVICA sufre de un tope imponible de\$ 1.000, que le impide captar recursos suficientes para su desarrollo, y los sistemas básicos, IDSS, Fondo de Empleados Públicos e ISSFAPOL adolecen de fallas de diseño en los esquemas de beneficios y de financiamiento, ausencia de récords individuales confiables, incapacidad para indexar las pensiones y trámites burocráticos que retardan el otorgamiento formal de una pensión durante años. Más grave aún, el nivel de las prestaciones no es sustantivo del ingreso —en parte debido a salarios nominales muy reducidos- sino que simplemente dotan a los beneficiarios de una protección básica, que debe ser suplementada para evitar un fuerte descenso del nivel de vida del individuo y sus familias. Este escenario exige una reforma a fondo del sistema, incluyendo el segundo y tercer pilar de la previsión social.

La cobertura en relación al PEA de 18 a 60 años se estima en un 17% para el IDSS, según datos de asegurados basados en estadísticas no fidedignas, tasa que desciende del 13% en base a los “cotizantes” efectivos, en un 8,3% para el Fondo de Empleados Públicos y menos de un 2% en ISSFAPOL, por un total del 27% del PEA en dicho rango de edad. O sea, tres cuartas partes del PEA no está afiliada a planes primarios de pensiones por exclusión legal o por evasión, una de las tasas más elevadas de América Latina.

En cuanto a los pensionados, se estima la distribución que se observa en el cuadro 17.

Cuadro N° 17
Relaciones Demográficas (Pensionados/ Población)
y Pensión Promedio

	(1) Número	(2) Pensionados mayores de 60 años ^(a)	(3) Proporción de (2) sobre población de 60 años y más	Pensión Promedio Mensual
IDSS	20.165	17.140	4,1%	\$ 507
FJEP	17.275	16.506	3,9%	\$ 415
SESPAS	9.283	9.283	2,2%	\$ 200
Total	46.823	42.929	10,2%	\$ 405

(a) Diferencial corresponde a pensiones de invalidez o incapacidad en personas de menos de 60 años.

El promedio de pensiones de los programas está por debajo del nivel de pobreza, según se desprende de la última columna del Cuadro N° 17. Esto implica que el primer pilar no sólo dista mucho de proveer un ingreso sustitutivo adecuado, sino también que el nivel de protección básica es muy precario, pues equivale a una tercera parte del salario mínimo del sector privado.

Considerando los pensionados por ISSFAPOL, se estima que sólo un 11% de la población de más de 60 años disfruta de una pensión, tasa que indica no sólo las debilidades del sistema previsional en proveer seguridad económica y combatir la pobreza, sino también costos potenciales de consideración en el futuro, en especial de racionalizarse el esquema pensional.

Tanto las empresas como los trabajadores manifiestan una intensa aversión por el IDSS, en vista de la imposibilidad de la entidad de satisfacer aún modestamente las expectativas y derechos de los afiliados. Graves fallas administrativas, manejo con un enfoque exclusivamente político, lo que ha causado ineficiencia en el gasto corriente y de capital, y una nómina hipertrofiada de personal, han defraudado reiteradamente las expectativas de los empleadores y asegurados y han obligado a las empresas a buscar protección suplementaria para los trabajadores. Esto ha elevado sustancialmente sus costos de operación y, en consecuencia, se oponen tenazmente a cualquier reforma del seguro social que no implique una

reestructuración integral del IDSS. Una agenda para la reforma debe enfatizar la estructura de la gestión previsional como un elemento indispensable para mejorar la eficiencia del modelo que se establezca en el futuro.

Diagnóstico Sectorial del Segundo y Tercer Pilar.

La combinación de planes estatutarios que no podrán cumplir las obligaciones con sus afiliados; planes complementarios deficientes de diversas entidades y empresas del sector público; exclusión legal de la cobertura del seguro social de trabajadores "independientes", así como tasas de evasión muy elevadas, implica un marco previsional muy deficiente que amerita reforma urgentes. En caso contrario, el envejecimiento gradual de la población sin seguridad económica básica, en vista de las carencias del sistema primario de previsión social, producirá niveles crecientes de pobreza y de dependencia entre la población de edad avanzada.

Se requiere reestructurar el modelo previsional del país en el segundo pilar, el cual : i) no es sustentable en los planes ocupacionales; ii) es sólo parcialmente sustentable en los planes complementarios, y iii) tiene más relevancia que en otros países debido a las limitaciones y carencias del seguro social, cuyo papel parece que debe estar limitado a proveer una protección básica.

Esto implica dictar normas sobre diseño, gestión, solvencia actuarial, inversiones e incentivos fiscales en planes de pensiones, así como establecer una autoridad supervisora y redefinir el modelo pensional más apropiado para el país.

En cuanto al tercer pilar de la previsión, las primas cobradas por las compañías de seguros en el ramo de vida han aumentado a una tasa anual del 23,3% en el período 1988-92, con un total de primas cobradas de \$ 310 millones en el año 1992. No obstante, deflactando dichos valores para tomar en cuenta la inflación, produce un volumen de primas en el año 1992, equivalente al 62% de las primas cobradas en el año de 1988. En esto influye un desfase en las sumas aseguradas, lo cual se traduce en menor protección efectiva de los individuos. Aproximadamente un 50% de esta partida es asignable preliminarmente a pólizas que contienen un elemento contingente de ahorro (pólizas totales o universales), mercado que ha sido

afectado por la inflación y la consecuente pérdida del valor de las sumas aseguradas.

El sector público carece de una política coherente en esta área, que suplemente la protección por muerte del Instituto de Auxilios y Viviendas. En cuanto al sector privado, el volumen de primas cobradas muestra una inclinación latente de los individuos de buscar protección adicional, debido a las carencias del seguro social.

La cobertura del segundo pilar en relación al PEA se estima en el 4,4%, tasa muy reducida que implica la ausencia de protección social de vastos estratos poblacionales. A pesar de esto, los pensionados se estiman en la mitad de los del seguro social lo cual confirma la falta de efectividad del sistema pensional del IDSS en esta área.

A diferencia de los programas públicos que carecen de reservas, los fondos privados de pensiones han acumulado activos estimados en \$ 1.800 millones, partida que tenderá a aumentar en función del tiempo, debido a la reducida madurez actuarial de muchos programas.

La limitada extensión del sector se origina en parte en la ausencia total de incentivos fiscales para el retiro, cuya reformulación constituye un elemento primordial de la agenda para la reforma social del país.

Sustentabilidad de los Programas.

En el orden financiero-actuarial el programa de pensiones del IDSS no es sustentable en el sentido de que su continuidad con la estructura actual de financiamiento implica la insolvencia a corto plazo. Lo mismo es aplicable a los programas ocupacionales en el segundo pilar y a numerosos planes complementarios de pensiones del sector público de empresas estatales. En cuanto al fondo de Empleados Públicos, la viabilidad o tolerancia se ha logrado mediante el expediente de diferir la concesión de las pensiones, y no indexando las pensiones, lo cual distorsiona y pone en entredicho la equidad social del programa.

Los fondos ocupacionales de pensiones y muchos planes complementarios son actuarialmente insostenibles y deben ser reformulados.

Eficiencia, Efectividad y Eficiencia del Seguro Social.

Un programa pensional es “eficiente” cuando la cobertura práctica es cercana a la teoría, reflejo de una aceptación del programa por los asegurados y empleadores, cuando la gestión del programa se logra con un costo económico aceptable, y cuando los procedimientos administrativos son expeditos. El programa es “efectivo” cuando cumple el objetivo básico de conceder pensiones a una elevada proporción de la población que cumple los requisitos de elegibilidad. Finalmente el programa es “eficaz” cuando el monto de la protección es adecuado para proveer seguridad económica en función del tiempo, y del objetivo básico de evitar el estado de pobreza o dependencia del individuo.

La tardanza en la concesión de las pensiones, la ausencia de indexación automática, el elevado costo unitario de la prestación, la limitada cobertura y la fuerte evasión en el sistema pensional del IDSS, permiten inferir que dichos indicadores son deficientes.

Enfoque General y Escenarios para la Reforma

La primera pregunta que se debe contestar se refiere a la naturaleza de la reforma. ¿ Es el funcionamiento y no la base conceptual lo que debe ser revisado y reformado?, las causantes del diagnóstico negativo que constan en el informe evidencian que es imprescindible revisar el enfoque conceptual mediante la reformulación del modelo vigente; incluyendo mayor descentralización del Estado, especialmente en lo referente a la protección social del sector privado formal integrado esencialmente por asalariados en áreas urbanas. Esto implica la aplicación del principio de “responsabilidad compartida”. El Director General de la OIT, al referirse a las complejidades existentes en países en desarrollo, enumera algunos principios rectores para la reforma: objetivos específicos y factores determinantes, relación entre políticas de protección social y otros aspectos importantes sociales y económicos; función del Estado; dificultades técnicas a superar; expansión de la cobertura y mejora de las prestaciones; financiación y en que forma; estructuras institucionales requeridas y como darles mayor eficiencia. A esto habría que agregar, en el caso que nos ocupa, la interacción entre lo deseable y lo realizable en el entorno socio-político nacional.

Los tres escenarios planteados para la reforma del sistema previsional nacional se resumen a continuación:

- A. Conjunto de modificaciones para expandir la base contributiva y la cobertura, y a mejorar la eficiencia de la organización actual.
- B. Nuevo sistema sustitutivo, incluyendo una nueva base legal, financiera e institucional.
- C. Ampliación y “salud” del sistema, coexistiendo con otros programas articulados o complementarios.

Los análisis efectuados muestran que se requieren modificaciones estructurales que exceden el primer escenario, debiendo enfocarse el segundo escenario para el primer pilar de la previsión, tercer escenario para el segundo y tercer pilar de la previsión. Las propuestas que constan más adelante se enmarcan dentro de este esquema.

Lineamiento de Reforma.

A. Primer Pilar de la Previsión

- a) Para los asalariados del sector privado (sector moderno de la economía) el ente gestor lo debe constituir un IDSS reformado estructuralmente, con el objetivo de proveer una pensión básica con un tope absoluto. Se requiere elaborar una nueva legislación eliminando el “salario de exclusión”, lo cual universaliza la cobertura de este sector, pero estableciendo un salario tope de contribución de hasta dos o tres salarios mínimos.

El esquema pensional integraría las prestaciones por riesgos profesionales, derogando la obsoleta ley de accidentes del trabajo, lo cual simplifica la administración y establecería pensiones a supervivientes (viudez y orfandad). La base de financiamiento sería bipartita -sin aporte del Estado- basada en el sistema actuarial de primas escalonadas recomendado por la OIT, en base a estudios actuariales. También se contemplarían normas específicas para el mantenimiento del poder adquisitivo de la pensión mediante la indexación. El éxito de la reforma requiere la administración separada del sistema de salud.

- b) Los empleados civiles del Estado dispondrán de un sistema previsional que integraría las acciones del Fondo de Empleados Públicos y de SAVICA, que se convertiría en el Instituto de Seguridad Social de los Empleados Públicos (ISSEP). Esto eliminaría lo doble tributación a dos programas separados, consolidaría y racionalizaría el esquema de beneficios y lograría economías de escala. Esto requiere una nueva base legal con un esquema de beneficios compatible con el seguro social en cuanto a edad de retiro, calificación y fórmula de pensión. Se contemplaría transferencia de derechos con el programa del IDSS, y establecer una "cuenta individual", en base a programas computarizados compatibles con los del IDSS reformado. La financiación sería bipartita bajo un sistema de primas escalonadas, con recaudación directa, lo que requiere consignar en el Presupuesto de Gastos del Gobierno Central los aportes institucionales.

Un programa unificado puede servir de vehículo de financiamiento habitacional, preferiblemente a través de intermediarios financieros.

- c) Los empleados de entidades autónomas podrán optar por participar en el programa general de empleados públicos, lo cual sería compulsivo para los que carecen de planes de pensiones complementarios.
- d) Las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional continuarían con el programa bajo la gestión de ISSFAPOL, pero con reestructuración del esquema de elegibilidad y de beneficios, en especial lo relativo a la fórmula de pensión, y evitando la transferencia de aportes a otros programas sociales. El remanente de aporte del Estado debe estar basado sobre el sistema de reparto.
- e) El resto del sector privado con ingresos estatales optaría por sistemas contributivos en base a una red de protección social. El sector informativo no definible optaría por pensiones no contributivas de la red de protección social, estructurando y ampliando el programa a cargo del SESPAS. Estas prestaciones serían financiables según la filosofía de la "focalización del gasto social", concentrando los recursos en las personas de más bajos ingresos, como mecanismo de reforma social, redistribución del ingreso y disminución de la pobreza.
-

B. Segundo Pilar de la Previsión

- a) El segundo pilar de la previsión debe fomentarse por un conjunto de normas y acciones rectoras de los planes complementarios. Esto incluye un marco jurídico más moderno para los planes complementarios; el establecimiento de mecanismos de supervisión, inexistentes actualmente, normas de exención impositiva, de solvencia y control actuarial y de inversiones. Este último aspecto es importante, debido a la magnitud de las reservas actuariales que se acumularían y a la experiencia negativa con bancos y financieras insolventes que hicieron uso de los depósitos para acciones dolosas. La confianza del público de los administradores de fondos de pensiones es crucial y, su control y supervisión debe ser contemplada en el nuevo Código Bancario en proceso de elaboración.
- b) Los programas complementarios operarían según modalidades de “beneficios definidos” (modelo de economías de mercado) ó de “contribuciones definidas” (modelo chileno pero suplementario). La autogestión de planes existentes sería factible, según parámetros operacionales, actuariales y de control.
- c) Debe crearse un ente supervisor, que fiscalice también a las compañías de seguros que operan programas de retiro diferido bajo la modalidad de “fideicomiso” (Superintendencia de Fondos de Pensiones).
- d) La reforma impositiva derogaría la absurda disposición del Código Tributario que limita los aportes exentos de las empresas a planes de pensiones al 5% de la renta neta imponible, con normas racionales como las de la Comunidad Europea.

Pensiones no Contributivas.

Este programa debe continuar operando según un enfoque definido pues contribuye eficazmente a disminuir la pobreza. El programa debe: jerarquizarse y modernizarse, eliminando la discrecionalidad o favoritismo en el trámite de pensiones; elaborar un Reglamento actualizado, identificar y formalizar legislativamente las fuentes de recursos y el esquema de elegibilidad y beneficios, y mejorar la gestión sobre bases más científicas.

El modelo podría incluir la inclusión de este programa dentro de la red de protección social.

Las pensiones a ser concedidas por el Poder Legislativo y Ejecutivo deben cumplir parámetros de elegibilidad y cuantía compatible con las pensiones contributivas. Esto requiere la aprobación por los entes decisorios de normativas al respecto.

Cobertura del Sector No Estructurado.

El problema básico, aparte de la elevación normal, estriba en las dificultades para extender la cobertura fuera de la población activa que trabaja en el sector estructurado o moderno, la cual constituye la mayor parte de la población económicamente activa. Una solución sería categorizar los trabajadores no estructurados en moldes de cierta cohesión, tales como colectividades locales, operativas y organizaciones profesionales, culturales o religiosas, que permitan facilitar la identificación y organización requerida por un sistema previsional. En cuanto al financiamiento de esta red previsional, aportes uniformes "per cápita" más impuestos directos, pueden servir como elemento primario, (solución adoptada por algunos países exportadores de petróleo), mediante el sistema actuarial de reparto simple anual o por capitalización parcial por tramos reducidos, permitiendo esto último la acumulación de reservas moderadas para inversiones que enfatizen parcialmente los aspectos sociales, lo cual insentivaría la participación activa de la población elegible. El programa puede ser integrado con las pensiones no contributivas a cargo de SESPAS.

Red de Protección Social.

La protección social integral requiere de una red de protección que cubra a toda la población, aunque la desregulación producto del ajuste estructural ha afectado en muchos países las políticas sociales de protección contra la pobreza, al provocar la eliminación de subsidios y la liberación de precios. Debido a la magnitud del sector no estructurado o informal en el país y a los niveles de pobreza, el enfoque por ejemplo en Canadá, donde se concede una pensión universal de vejez o invalidez independiente de los recursos, o en Bahamas, con el sistema general de pensiones no contributivas. El enfoque "solidario" es factible cuando la cobertura básica del seguro social es muy extensa, lo cual no sucede en el país. Por tanto,

solo queda el enfoque "selectivo", aplicando selectivamente parte del gasto social para sostener una red de protección social. En el área pensional, esto último puede lograrse suplementando el esquema de pensiones no contributiva de SESPAS, pero integrando a las comunidades (ámbito local) en el proceso de selección de los beneficiarios. El éxito de este programa depende de reglamentación adecuada, administración con equidad y adecuación de criterios a las disponibilidades, lo cual requiere reducir la línea de pobreza para definir el diferencial de la pensión no contributiva. En el orden orgánico se requiere reformar la estructura actual a cargo de SESPAS, dotándola de autonomía de un ente supervisor que incluya el elemento comunitario.

Programas Suplementarios.

Las opciones de reforma deben también reforzar el espectro previsional mediante la introducción de modalidades apropiadas de seguro de desempleo y asignaciones familiares, como medio de combatir la pobreza y lograr una reforma social más eficaz. Estos programas, aplicados en economías ex - socialistas en transición en Europa Oriental, se consideran más apropiados que programas locales y coyunturales y asistencia social eufemísticamente denominados "operativos", justificados solo en situaciones de emergencia y que realmente no atacan las causas inherentes de la pobreza del subdesarrollo. Estos programas deben estar complementados por programas de formación de la fuerza de trabajo y la unidad familiar. Esto sería aplicable por ejemplo, en la transición de trabajadores cañeros de campo hacia labores cuasi - permanentes de carácter socio - profesional, o en caso de desplazamiento de mano de obra en el sector de la construcción.

Financiación y Política Fiscal.

En cuanto a la relación entre la política fiscal y la financiación de la seguridad social, las antiguas economías socialistas de Europa - Oriental han separado la financiación de los programas de los presupuestos del Estado, mecanismos que serían aplicables al Fondo de Pensiones de los Empleado Públicos a ser integrados con las prestaciones económicas de SAVICA. A tal efecto, se plantea además la superioridad del sistema de pensiones financiado por primas escalonadas sobre el sistema de reparto, debido a su incidencia estabilizadora intemporal en las finanzas públicas.

También debería mantenerse el programa de empleados públicos y de ISSFAPOL sobre la base actual de protección mínima (similar al IDSS) y fomentar las opciones de protección complementaria en entidades privadas.

Financiamiento y Redistribución del Ingreso.

La reforma social impone mejorar la redistribución del ingreso a través de los sistemas de pensiones. Un mecanismo para lograr una redistribución “inducida”, además de la redistribución “espontánea” originada a causa de la mayor exposición al riesgo de invalidez o muerte de los estratos de menores ingresos (aunque la longevidad es mayor en los estratos de ingresos elevados), se lograría con un esquema de financiamiento/beneficios más favorable o sesgado hacia los sectores de menores ingresos; subsidiando la protección de los sectores menos favorecidos y, el sistema de cobertura limitado, como el del IDSS, eliminando la contribución estatal como Estado pero no como empleador. En países con estructura impositiva que depende en gran medida de impuestos indirectos, que afectan a toda la población con igual intensidad, independientemente del nivel de ingresos, la contribución estatal a sistemas de previsión de cobertura limitada es eminentemente regresiva y origina una redistribución negativa del ingreso.

La supresión del tope de contribución a la seguridad social mejoraría el efecto redistributivo, así como un sistema de contribución progresiva al nivel de ingresos (tasas moduladas). Esto último también podría mejorar los niveles de empleo, al favorecer el empleo a tiempo parcial y desalentar el pago de horas extraordinarias. Otras modalidades de financiación, como por ejemplo, especialización de una proporción del impuesto a la transferencia de bienes industrializados (ITBIS), en adición a la tributación sobre salarios, puede ser considerada, a condición de que se extienda la cobertura horizontal y verticalmente.

Marco Regulatorio de las Pensiones Complementarias.

Independientemente de la supervisión y fiscalización ejercida por la Superintendencia de Seguros en las compañías de seguros, cuyas operaciones en el ramo previsional son muy limitadas y, en muchos casos, no reportadas al considerarse como fideicomiso, se requiere un marco regulatorio específico para:

- i) asegurar la solvencia actuarial de los programas, incluyendo los planes ocupacionales y los planes existentes de pensiones;
- ii) evitar la evasión fiscal por parte de empresas o individuos;
- iii) aplicar normas prudentes en la inversión de los fondos, bajo criterios de seguridad, rentabilidad, liquidez y utilidad socio - económica;
- iv) evitar malos manejos por parte de los administradores;
- v) evitar distorsiones en el circuito de intermediación financiera.

Existen normas específicas en diversos países para asegurar la fluidez y transparencia de los fondos de pensiones tales como el modelo ERISA en los Estados Unidos y las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) en Chile. En vista de la experiencia nacional con bancos y financieras “feriados”, que implica deficiencias en el sistema de fiscalización de la Superintendencia de Bancos, las normas al respecto deben ser muy estrictas y las entidades que sean autorizadas a captar fondos para pensiones deben estar sometidas a supervisión continua, con sanciones severas en caso de uso inescrupuloso o descuido de los fondos. Habría que ponderar si la banca comercial, con regulaciones específicas para la cartera de pensiones, en cuanto al encaje legal y normas de inversiones, podría jugar un papel importante en esta área, o si en cambio se crean Cajas de Pensiones, según modelos existentes en otros países, a las que podría afiliarse la micro o pequeña empresa, e incluso, los no asalariados.

Proyecciones de Cobertura en relación al PEA.

Debido a la limitación del trabajo no es factible efectuar proyecciones detalladas de la cobertura del sistema previsional reformado en relación al PEA. Esto requiere según el modelo propuesto, proyecciones demográficas y financieras de asegurados al IDSS, de los empleados públicos y del sector informal, así como proyecciones del segundo pilar (planes complementarios), labores que deben ser efectuadas en una segunda etapa. No obstante, el cuadro N°18 presenta a título ilustrativo, una proyección hipotética del IDSS y los planes complementarios, excluyendo al sector público, cuya cobertura se estima constante en el 10% del PEA (empleados civiles, policiales y militares).

La proyección aumenta la cobertura de la forma siguiente en el primer pilar.

	Cobertura en relación al PEA		
	1992	1995	2004
IDSS	13%	20%	25%
Sector Público	10%	10%	10%
Sub - Total (primer pilar)	23%	30%	35%
Sector excluido (no estructurado)(1)	77%	70%	65%
Total	100%	100%	100%

(1) A ser protegido por red de previsión, planes estatutarios y pensiones no contributivas.

En el segundo pilar la protección aumentaría del 3% al 19% del PEA, lo cual requiere de una tasa compuesta de crecimiento del 20% anual, que incluiría planes previsionales individuales, aunque el mayor aumento tendría lugar en el año de 1995.

Cuadro N° 18
Proyección Hipotética de asegurados al seguro social
y a fondos de pensiones en relación al PEA

Año	Asegurados (en miles)			Cobertura en % PEA	
	PEA ¹	IDSS ²	Fondos ³	IDSS	Fondos ⁴
1992	2.489	426/330 ⁵	80	17/13 %	3,2 %
1995	2.680	550	250	20	7
1996	2.747	577	290	21	11
1997	2.816	606	331	22	12
1998	2.886	637	373	22	13
1999	2.958	668	416	23	14
2000	3.032	702	460	23	15
2001	3.186	737	505	24	16
2002	3.265	773	551	24	17
2003	3.265	813	598	25	18
2004	3.346	853	648	25	19 %

1. Tasa de aumento del 2,5% anual.
2. Tasa de aumento del 5% anual a partir de 1995.
3. Fondos Contributivos básicos.
4. Tasa de aumento del 8% anual a partir de 1996.
5. 426.000 asegurados y sólo 330.000 cotizantes activos.

Estimaciones del Gasto Social.

Las tasas de financiamiento de la seguridad social son de las más reducidas en América Latina, con un gasto social público estimado en sólo el 0,32% del Producto Interno Bruto en 1992. La reforma a base de indexar pensiones y establecer un sistema de financiamiento de primas escalonadas implica un fuerte aumento del gasto social destinado a la seguridad social, pues requiere mayores tasas de aportes. El aumento del gasto social público puede ser "indirecto" mediante exenciones impositivas y especialización de reajustes salariales para la previsión social.

La propuesta del gasto social del Gobierno destinado a los sistemas contributivos de la seguridad social es la siguiente:

Seguridad Social/Sistemas Contributivos

1992:	\$319 millones (0.32 del PIB).
1995:	\$2181 millones (2.00% del PIB), a precios de 1992.

De dicho total una tercera parte correspondería a "pensiones" y el resto se aplicaría al seguro médico y a prestaciones sociales. Esto implica unos \$621 millones adicionales para el área pensional.

Del diferencial, una parte se destinaría al gasto corriente y el remanente se especializaría como reservas para cubrir las obligaciones actuariales. En cuanto al seguro social, la base impositiva salarial aumentaría de \$6,947 millones en 1992 a un estimado de \$20.840 millones en 1995, debido al triple efecto de: aumento de la cobertura, aumento del tope imponible y aumento de la tasa de aportes. A base de una tasa de aportes del 5% del salario para el ramo IVM, se generan aportes de \$1.042 millones en 1995, en comparación a una asignación de reparto de sólo \$144 millones en 1992. Considerando la necesidad de aumentar los aportes del Fondo de Empleados Públicos, las estimaciones del gasto público en seguridad social se consideran plausibles.

Conclusión.

La existencia de vastos sectores de la población sin ninguna protección previsional y la protección insuficiente de la población protegida actual, cuyas pensiones promedio están por debajo de la "línea de pobreza",

implican la necesidad imperiosa de reformular y modificar estructuralmente el sistema previsional del país. En caso contrario, una proporción creciente de la población confrontaría situaciones de pobreza en la etapa de post-retiro, precisamente cuando el patrón socio - económico de la nueva unidad familiar impedirá a los hijos destinar recursos para el sostén de los padres. Debido a la crítica situación de los programas nacionales de previsión social, acciones responsables en este sentido deben ser consideradas prioritarias por los poderes decisorios del Estado. El presente informe solo aspira a plantear un primer enfoque sobre este complejo tema, que debe complementarse con estudios y propuestas más elaboradas basadas en la concertación.

CAPITULO III
MODERNIZACIÓN DEL SISTEMA DE
SALUD DOMINICANO RESUMEN AMPLIADO.

A. Antecedentes.

1. El proyecto de Modernización del Sistema de Salud, es parte de la política de Reforma del Estado, que ha emprendido el Gobierno Nacional. Esta comprende específicamente 3 áreas: Economía, Educación y Salud, por indicación expresa del Sr. Presidente de la República, Dr. Joaquín Balaguer.

En la primera de ellas se han desarrollado una serie de acciones, con la producción de una sensible estabilidad de los indicadores económicos. En el área de la Educación, hay elaborado y en marcha el Plan Decenal de Reforma del Sistema Educativo. En Salud, se pretende a través de este proyecto, definir un Plan Nacional de Salud, que puede completarse en 5 años, puesto que los avances hechos en algunos campos podrían acelerar el logro de resultados muy satisfactorios. Este proyecto materializa una antigua preocupación de todos los sectores dominicanos, ante los múltiples problemas que tienen los servicios de atención de las personas, que no han permitido lograr una atención equitativa, de cobertura universal, eficiente e integral, que condujera a mejores indicadores de Salud. Otros países, de estructura y economía semejantes a la República Dominicana, lo han logrado. El problema sanitario a sido largamente discutido y las deficiencias se atribuyen a la ausencia de un Plan Nacional de Salud, a la deficiente organización técnica, administrativa y financiera de las instituciones del Sector Público, así como a la

* El proyecto de Modernización del Sistema de Salud Dominicano fue elaborado por un conjunto de técnicos bajo los auspicios del gobierno dominicano y el PNUD. Coordinado por el Dr. Guido Miranda G.

falta de relación y aprovechamiento de la capacidad instalada y de los recursos disponibles y sub-utilizados del Sector Privado.

2. La preocupación del Gobierno Nacional en esta área ha sido permanente y como una acción en ese sentido, en 1991, el Sr. Presidente Balaguer emitió el Decreto N° 278-91, para crear una Comisión Nacional que realizara el correspondiente diagnóstico de situación. El Decreto declara, con crudeza, que en vista de los “muchos años de graves deficiencias, para superar las cuales se precisan acciones concertadas del Gobierno”, se crea la Comisión Nacional para hacer “las recomendaciones pertinentes”.

La Comisión Nacional de Salud a su vez nombró una Comisión Técnica, que realizó un extenso trabajo que la condujo a un amplio y consistente diagnóstico y a la formulación de recomendaciones concretas, entre las cuales está la propuesta para elaborar un plan para efectuar una reorganización sanitaria. Se encuentra apoyo en los siguientes elementos.

- a) Los indicadores generales de Salud conocidos, como la expectativa de vida de 65 años para el hombre y 70 años para la mujer; la mortalidad general de 7 por mil habitantes; la mortalidad infantil alrededor de 50 por mil nacidos vivos, así como la alta mortalidad materna, representan claras desventajas, cuando se les compara con lo que han logrado otros países latinoamericanos de características similares, pero que han desarrollado una política nacional que comprende acciones específicas tendientes a mejorarlos.
 - b) El patrón de morbi-mortalidad está dominado por las enfermedades infecto-contagiosas prevenibles asociadas a la desnutrición y deficientes condiciones ambientales. Entre las enfermedades crónicas existe una clara prevalencia de la enfermedad vascular, relacionada seguramente con el alto consumo de grasa animal, la incidencia de hipercolesterolemia, la hipetrigliceridemia, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, factores fuertemente asociados a alto uso de tabaco y alcohol.
-

- c) El gasto en salud representa 7,3% del PBI, en 1992, por lo que deben esperarse mejores resultados.
- d) Es notoria la poca información disponible sobre cáncer en sus diversas formas, lo que traduce una deficiencia en los servicios de diagnóstico anatomopatológico.
- e) La violencia, en todas sus formas, con cifras en claro ascenso.

Entre las recomendaciones claramente formuladas por la Comisión Nacional de Salud, que han sido reiteradamente ratificadas por múltiples Foros, se destacan:

La Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) debe reestructurarse para que asuma su rol rector en el planteamiento, dirección y evaluación de las políticas de Salud, así como de su rol conductor del Sector.

Debe constituirse un marco vinculante del Sector Salud, para reunir las instituciones prestadoras de servicios directos e indirectos, así como a las formadoras de Recursos Humanos, de modo que la ejecución de las políticas de Salud tenga un escenario real y adecuado, para la discusión y formulación de los programas. Además, que para su implementación y normatización existan los mecanismos vinculantes para su ejecución, de modo que los procedimientos de evaluación establezcan sistemas comparables en productividad, eficiencia y costos.

Debe crearse un escenario de discusión, análisis y aprobación de las políticas de Salud, en un organismo superior encargado de aprobar, establecer y evaluar los programas del Sector Salud, así como de coordinar su financiamiento e implementación, para los objetivos y las metas, así como los resultados obtenidos.

Lograr una mejoría franca de los indicadores de Salud, mediante el mejor funcionamiento de las instituciones del Sector, integrando acciones, descentralizando funciones y con la activa promoción para incorporar a las comunidades en la dirección, el desarrollo y la marcha de los servicios, bajo la dirección de SESPAS.

Orientar las políticas de Salud hacia la inter-sectorialidad, a la cobertura universal, utilizando la estrategia de la Atención Primaria, los Niveles de Atención y la Regionalización, incorporando plenamente a la comunidad en las acciones de prevención, la promoción y la educación para la Salud, como partes integrantes de las acciones diarias.

Lograr, a corto plazo, la extensión de la cobertura masiva del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, que incluya a la familia del trabajador, tanto los del sector formal, como del informal y de los independientes o de cuenta propia de modo prioritario en el régimen de Enfermedad y Maternidad. Posteriormente se lo haría en los otros programas, dado el crecimiento de la población pasiva.

En los trabajos preparatorios realizados a fines del año pasado, se identificaron siete áreas críticas sobre cuyo análisis se preparó el proyecto de Modernización del Sistema de Salud de la República Dominicana. Con el entusiasta y fundamentado conocimiento de poco mas de medio centenar de expertos dominicanos, provenientes de todas las áreas del sector Público como del Privado del Sector Salud, se integraron siete grupos, con colaboradores del Sector Público como del Privado, e incluso con participación de las Fuerzas Armadas. Médicos, enfermeras, administradores, abogados y conocedores de las disciplinas relacionadas con la Salud, fueron convocados para iniciar las discusiones y formular las propuestas y soluciones, enmarcadas en las posibilidades técnicas, económicas y administrativas del país.

B. Constitución y Organización del Sector Salud.

Como marco de referencia, se establecieron algunos parámetros que permiten fijar claramente los delimitantes del Sector Salud, que de hecho no existe en el país, ya que no existe ninguna área que sea común para todos los sub-sectores, ni existe el mecanismo para que las disposiciones realmente alcancen a todos los actores.

La Salud se concibe como la resultante de la interacción de los factores genéticos del individuo, el desarrollo de sus potencialidades por la nutrición y el efecto de las condiciones externas sobre sus componentes. La Salud constituye el escenario sobre el cual los individuos reflejan, con mayor especificidad, los niveles de bienestar.

Por su parte, la Salud Pública es el conjunto de normas, de carácter y beneficio público, con que la comunidad procura alcanzar, en forma organizada, condiciones favorables para la solución de los problemas de carácter colectivo. Por lo tanto, debe hacerse la distinción entre la Salud individual y la colectiva, como también entre la atención médica y la Salud, puesto a que la primera es solo una actividad dirigida a la enfermedad, mientras la Salud Pública trasciende los límites de aquella.

Las políticas de Salud constituyen el conjunto de directrices dirigidas a proteger la mayoría de los miembros de la colectividad, utilizando los recursos disponibles de las instituciones que se dedican a preservar, o reparar la Salud, para lograr el control de los elementos que atentan contra el bienestar.

El Sector Salud es el conjunto de instituciones públicas y privadas, legalmente constituidas, cuyo objetivo principal es la de proteger la Salud de los miembros de la sociedad. Para ese efecto, se fundamenta en el principio de universalidad, como un derecho de todos los ciudadanos. En el de equidad, como la posibilidad de acceso a una atención oportuna, eficiente y de buena calidad. En el de solidaridad, en donde cada quien contribuye de acuerdo a sus posibilidades y recibe en razón de sus necesidades. La descentralización corresponde al proceso de democratización de la Salud, en donde los quehaceres de su atención tienen una definición central y una ejecución periférica, condicionada por las características propias de cada colectividad.

Por lo tanto, el establecimiento de las políticas de Salud, su aplicación, costos y resultados, es el producto de las acciones desarrolladas por todos los componentes, que en este caso son la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Dominicano de Seguros Sociales y las Fuerzas Armadas, como miembros del Sector Público. En el Sector Privado debemos incluir todas las formas de organización cuyo presupuesto económico no se deriva del Presupuesto Nacional.

Por lo tanto, se propone la creación del Consejo Nacional de Salud, como la entidad nacional encargada de aprobar las políticas de Salud y las normas que regirán las acciones en este Sector. Estará previsto de personería jurídica, planta física y recursos económicos propios y el apoyo técnico y administrativo necesario para cumplir con su objetivo. Su

creación y funciones quedan enmarcadas en la respectiva Ley y sus reglamentos, que se aprobará para su establecimiento.

El Consejo Nacional de Salud estará integrado por:

1. El Secretario de Salud Pública y Asistencia Social, que lo preside.
2. El Director General del Instituto Dominicano de Seguros Sociales.
3. El Director Ejecutivo del Instituto Nacional de Aguas Potables y Alcantarillados.
4. El Director General del Cuerpo Médico y Sanidad Militar.
5. El Presidente de la Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados.
6. El Presidente de la Asociación Médica Dominicana.
7. Un Representante de las Instituciones de Educación Superior que ofertan programas de educación en el área de Salud.
8. Un representante de las Organizaciones privadas no lucrativas que administran servicios de salud.
9. Un representante de la Sociedad Civil, con reconocida labor comunitaria.

Estos tres últimos representantes serán nombrados de acuerdo al reglamento que regule la Ley para crear el Consejo Nacional de Salud.

Competencia y Organización de la Secretaría de Salud Pública.

La Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social es el organismo de mayor autoridad en el Sector Salud y le corresponde, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes, la conducción, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas y estrategias, así como dar cumplimiento a las normas y reglamentaciones que rigen el Sector Salud. Al ejercer su función rectora, asume la responsabilidad de normatizar, reglamentar y acreditar las funciones de todas las entidades, públicas o privadas, dentro del Sector Salud. Lo mismo ocurre con los programas que las instituciones establezcan dentro de su plan operativo, para lo que SESPAS se reserva el derecho de evaluación.

La Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social implementará la Ley N° 14-91, en los niveles técnicos de su estructura. Es decir, comprendiendo a todos los funcionarios de las 5 Direcciones Técnicas y de aquellos

departamentos que dependen directamente del Secretario. El nivel político de la SESPAS, correspondiente al Secretario y los Sub-secretarios, no están incluidos en las disposiciones de la Ley de Servicio Civil.

Le corresponde al Secretario de Salud Pública y Asistencia Social, mantener el liderazgo político y técnico del Sector y vigilar y controlar las acciones que se desarrollen en su área, con un concepto integral del bienestar. Es el encargado de las relaciones intra y extra - sectoriales y mantener el balance político de la pluralidad institucional que caracteriza el proceso de la producción y el mantenimiento de la Salud.

Sistema de Información en Salud.

El actual Sistema de Información de SESPAS adolece de graves fallas, tal como su desarticulación dentro de la misma Institución y con mayor razón fuera de ella, en donde no es posible conocer los principales fenómenos epidemiológicos que ocurren en las otras instituciones del Sector Salud, sean públicas o privadas. No existe tampoco un mecanismo que le permita a SESPAS dictar normas, o establecer controles, que sean de ejecución obligatoria en el Sector Salud y que se traduzcan en datos, números o indicadores demostrativos y que se transmitan y puedan llegar a los niveles respectivos, para establecer las medidas de corrección.

La consecuencia inmediata es que la actual información suministrada tiene poca credibilidad en quienes tienen que utilizar sus datos.

La propuesta establece la creación de un Sistema de Información Sectorial de Salud, implementada en un "Plan Maestro", para apoyar los procesos de planificación, programación, dirección, vigilancia, monitoreo, y evaluación, que fundamente la toma de decisiones de todas las Instituciones que comprenden el Sector.

La tecnología a utilizar será la mecanización de todo el Sistema, con computadoras de mediana a alta capacidad de almacenamiento de información, con cobertura universal y elaborada para los diferentes niveles de ejecución.

Los objetivos del Sistema de Información Sectorial en Salud considera toda la información recogida en las unidades del Sistema, para impulsar un proceso sistemático y gradual del desarrollo de las acciones, por lo que

corresponde implantar una red de captación y trasmisión de datos, disponibles a todos los niveles del Sistema.

Los componentes del Sistema de Información Sectorial en Salud, comprenderá los datos necesarios para facilitar la toma de decisiones en:

- a) atención de las personas;
- b) atención al medio ambiente;
- c) información gerencial para la producción de servicios, la administración de personal, y los costos;
- d) suministro de los insumos
- e) participación de la comunidad.

Las dimensiones propuestas para este componente significa el adiestramiento indispensable de los usuarios, a diferentes niveles, dependiendo del grado de complejidad con que se utilicen los recursos, o la información. Se estima que en el programa de adiestramiento diseñado, por regiones y niveles, será de alrededor de 10,500 personas.

Los cursos se harán para un cupo máximo de 40 personas, preferiblemente los fines de semana y lo mas cerca del sitio de residencia de quienes reciben la educación.

C. Financiamiento del Sector Salud.

El estudio consta de dos partes. En la primera se analiza lo ocurrido financieramente desde 1988 a 1992. En la segunda parte. se analiza la posibilidad de extender rápidamente la cobertura del IDSS, incorporando primero a los trabajadores del Sector Público y a las familias de los asegurados actualmente, así como avanzar en la cobertura en el Sector Privado.

La información recopilada, por primera vez, demuestra que el gasto en Salud que realiza este país, alcanza niveles significativos y que si se organiza con una direccionalidad establecida y aceptada por los grupos participantes, pueden obtenerse resultados muy satisfactorios.

El gasto total en Salud, en 1989, incorporando las inversiones hechas en agua potable, alcanzaron el 6.3% del PBI, mientras en 1992, llegó a 7.3%.

Si se deduce la inversión en agua potable, el gasto desciende a 6.3% y 5.5% del PBI, respectivamente. El 73,6% del gasto se hizo en el Sector Privado y el 26.4% en el Sector Público. Del total Público SESPAS utilizó el 43.4% y el IDSS el 31.6%; sin embargo en 1992, el gasto del IDSS subió al 36.4%. El sector formal de la economía llega apenas al 40% de la PEA constituido por 915,000 trabajadores y 1,115,000 dependientes. El sector público utiliza el 17.6% de la fuerza del trabajo y el sector privado el 82.7%. Del total del sector público el Gobierno Central emplea el 77%, las Instituciones Autónomas 15.5% y las Municipalidades, 7.5%.

El Sector Informal de la economía llega al 41% de la PEA, con 1.143.000 trabajadores y 2.058.000 dependientes.

Para 1992, la cobertura del IDSS alcanzó a 460.000 trabajadores, 14.7% de la PEA, de 15 a 64 años.

La cobertura de los seguros privados (Iguales, Seguros Médicos y Seguros Auto- administrados, llega a 850.903 personas, entre trabajadores y dependientes). Alrededor de 25% de la población protegida por los seguros privados cotiza también para IDSS.

Se propone un programa de extensión masiva de la Seguridad Social a los trabajadores del Sector Formal e Informal, que podría cubrir prácticamente la mitad de la población dominicana, en cuatro años. En la primera etapa se hace la afiliación de 170.000 trabajadores del Sector Privado y 175.000 del Sector Público, en el plazo de un año, que con sus dependientes, equivaldría a extender la cobertura a 1.714.000 personas, que es 25.4% de la PEA y 21.7% de la población total. El programa de la segunda etapa es semejante al de la primera y se iniciaría cuando se haya completado el 80% de la primera. El costo para el Estado de este programa representaría una contribución inicial de RD\$114 millones, que lo haría en calidad de patrono de los empleados públicos. En esta etapa el financiamiento es bipartita, ya que la contribución del Estado, como tal, se elimina.

El proyecto plantea una tercera extensión de la cobertura, a los empleados de las pequeñas empresas, con no más de 10 trabajadores, para los cuales se crea un régimen especial, basado en el concepto de solidaridad y de redistribución de beneficios sociales. La implantación de este programa y la aplicación de las nuevas contribuciones produce un excedente de ejercicio en el régimen de Enfermedad y Maternidad, que permite la

modalidad especial de contribución para asegurar las pequeñas empresas.

Además, la cobertura masiva que realizaría el IDSS reduce importantemente las obligaciones de SESPAS con su población actualmente dependiente, lo que la fortalece financieramente de modo significativo.

El IDSS se transforma en una fuerte institución encargada de la gestión y contratación de los servicios ofrecidos y en un supervisor de la calidad de atención prestada a la población. Pasa a ser una institución de Seguridad Social, en el pleno sentido de sus nuevos programas.

El gasto en Salud ha sido de los factores limitantes para el pleno desarrollo del Sector. Los presupuestos de las instituciones públicas, especialmente de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social han venido reduciéndose en su valor real, frente al incremento de la demanda generado por el aumento de la pobreza y la pérdida que han experimentado muchos grupos de adquirir sus propios servicios.

Por su parte, el Instituto Dominicano de Seguros Sociales no ha desempeñado un rol preponderante en el financiamiento de los servicios de Salud, introduciendo diversas modalidades de contribución, o ampliando la cobertura, utilizando esquemas diferentes de la tradicional contribución tripartita.

Otras posibles fuentes de financiamiento, como la provista por los municipios, o las ONGs, o los fondos de compensación social de cualquier origen, no han sido suficientes para satisfacer la demanda.

Además, el grado de dispersión y ausencia de articulación de los programas institucionales es tal, que no ha existido, en la práctica, la posibilidad de integrar la prestación de los servicios.

Por lo tanto, el propósito de este componente del Proyecto de Modernización del Sistema de Salud, es de aumentar la eficiencia y efectividad del gasto, aumentando la capacidad de atención de la población desprotegida, en particular por el desarrollo de la Atención Primaria.

Debe optimizarse el uso de los recursos actuales, aumentando la productividad de todo el Sistema, en función de un mayor rendimiento de los programas que actualmente se están aplicando.

Lograr una mayor racionalización del gasto institucional, elaborando presupuestos de aplicación instrumental, estableciendo las normas correspondientes y vigilando su ejecución a través de evaluación financiera y auditoría operativa, con divulgación inter- institucional de los resultados.

Promover el gasto coordinado del Sector, de modo que se establezcan los procedimientos para la compensación y venta de servicios entre instituciones, con convenios establecidos a nivel del Consejo Nacional de Salud.

Lograr una efectiva descentralización de la ejecución presupuestaria, hasta el nivel de servicio, con la correspondiente delegación de responsabilidad.

Debe promoverse la incorporación de nuevos esquemas de financiamiento de los servicios, incorporando todas las entidades presentes en la comunidad, que de hecho adquirirían autoridad en la marcha de los servicios. Corresponde a un fortalecimiento de la participación social de todos los actores sociales y económicos.

Si se utiliza el indicador de "consulta por primera vez", SESPAS cubrió el 27,4% de la población, en 1989, pero ascendió al 44.3%, en 1992.

En el período 1988-1992, el IDSS gastó 82,9% del total de los gastos. Sin embargo, el número de consultas otorgadas en ese período descendió de 350.381 en 1988, a 268.534, en 1992.

En el año 1992, el 62% de las camas del IDSS permanecieron desocupadas. El promedio de estadía, por paciente, es adecuado.

El inventario de la planta física de IDSS asciende a 18 hospitales, 24 policlínicas y 158 consultorios. El porcentaje de ocupación de sus camas no llega al 50%. El mantenimiento, del equipo, es casi inexistente. El indicador de productividad de consultas en el IDSS es muy bajo, se coloca en el orden de 1 consulta / 2 horas médicas. En SESPAS llegan a 2 consultas / 1 hora médico; en el área rural, 5 consultas por médico, por día.

Como consecuencia del bajo índice de consultas y de ocupación de las camas, los costos individuales de estos servicios son muy altos.

Los Trabajadores del Sector Público están fuera del Seguro Social.

Es posible realizar una extensión masiva de la cobertura de IDSS, para lo cual se requiere una clara decisión para lograrlo, la modernización de su administración y descentralización de procedimientos, para incorporar a los trabajadores y sus familias, utilizando la capacidad instalada del sector privado y de SESPAS. Esta tendría que hacer una adecuación funcional de sus servicios, en particular en las áreas rurales. IDSS se transformaría en una entidad gestora financieramente, con plena capacidad de negociación para la contratación de servicios y supervisión de calidad, para garantizar las prestaciones subrogadas.

En las actuales circunstancias económicas del país, el proceso de extensión de la cobertura de los servicios de Salud, debe depender necesariamente de la adecuada combinación que se establezca entre los servicios pre - pagos, basados en la contribución de trabajadores y patronos, incluyendo al Estado como patrono, y los programas asistenciales que dependen del presupuesto nacional, dirigidos a quienes no pueden contribuir al pago del servicio. En esa dirección se ha establecido la presente propuesta.

Los programas contributivos estarán constituidos por: a) la cobertura del sector formal identificable, que tendrá aportes de los patronos y los trabajadores. La del Estado corresponde a su obligación como aporte patronal. b) la cobertura del sector informal, que se desglosa en dos partes: la de los trabajadores de las micro-empresas, con menos de 10 empleados, y la del trabajador independiente, por cuenta propia, que requerirá modalidades especiales de organización, a fin de recoger los aportes, ya que no hay patron recaudador. El primero se financia por aporte del trabajador, del empleador y la del Estado, que resulta complementaria para redondear el aporte; si no existe empleador, el aporte se hará entre el trabajador y el Estado. c) el programa especial que cubre las fuerzas Armadas y la Policía Nacional, con aporte bipartito entre empleado y el Estado, como empleador.

El programa no contributivo estará a cargo de SESPAS, para cubrir a la población no contribuyente. En la medida en que se extiendan los programas contributivos, disminuirá la demanda hacia SESPAS de los no contributivos.

El programa general para el sector formal estará basado en el esquema del régimen de Enfermedad y Maternidad del IDSS, incluyendo el subsidio económico, para cubrir al trabajador, su esposa o compañera, y a los hijos menores de 12 años. El mecanismo recaudador estará a cargo de los empleadores.

Las contribuciones se modificarían de acuerdo al estudio actuarial del IDSS realizado en 1989, en que se demostró la necesidad de elevar la contribución obrero patronal del 9.5% de los salarios, al 16%, del cual se dedicaría 12% del régimen de Enfermedad y Maternidad y 4% al de Invalidez, Vejez y Muerte. El régimen de Riesgos del Trabajo se mantendría en los mismos términos. Además, se debe eliminar el tope actual de RD\$2.456.000 (1.7 veces el salario mínimo) y fijarlo en cuatro salarios mínimos. El 16% del aporte sobre los salarios se descompone en 9%, a cargo de las empresas y 3% para el trabajador, para Enfermedad y Maternidad; del 4% restante, para IVM, 3% proceden de la cuotas patronal y 1% de la obrera.

Es indispensable que IDSS, proceda a separar los ingresos en sus tres cuentas programáticas, con el objeto de evitar el subsidio de una por otra.

El programa implica también la supresión del aporte del Estado como tal, lo cual lo liberará de esta obligación, pero hace indispensable que la contribución sea completa y puntual, como empleador.

Del mismo modo, como una facilidad en la implantación del programa, se estima que la contribución inicial se hará sobre un tope de tres salarios mínimos y un estudio futuro determinará el momento de incluir el cuarto salario. Además, los cálculos se hacen asumiendo un salario promedio en el sector privado, equivalente a RD\$ 25,920.00 al año. Se estima que un 20% de los trabajadores de este Sector Privado reciben ingresos iguales, o superiores, al tope de tres salarios, es decir, mas de RD\$ 64.800.00 anuales.

Con esta modalidad de cotización, en 1994, se incorporarán hasta 170.000 trabajadores del Sector Privado, que equivale en su mayor parte a los trabajadores que están cubiertos por las Iguales. Los contratos que se encuentran vigentes se mantendrían hasta su vencimiento, cuando deben ser nuevamente convenidos. Los patronos que actualmente pagan estos seguros privados podrán acreditar este pago como parte del incremento de la cuota, con lo que desaparecerá la doble cotización, que representa un sobre-gasto. Para 1995, se incorporarán otros 175.000 (160.000 sin protección, más 15.000 nuevos). En los años sucesivos ingresarían 90.000 cada año, durante 1996 y 1997, de modo que aún con el incremento de la fuerza laboral por el crecimiento de la población, la PEA quede completamente cubierta para 1998. La cobertura incluye la familia.

Para los cálculos de la cobertura del Sector Público, se tomó como base promedio salarial RD\$ 14.400.00, es decir \$ 1.200.00 y que una séptima parte de los trabajadores cotizarían sobre el tope máximo, es decir, RD\$ 36.000.00.

Se propone incluir todos los trabajadores del Sector Público en un plazo de dos años. Durante 1994, se afiliarán 120.000 trabajadores y sus familiares, del Gobierno Central y las Instituciones Descentralizadas, comenzando por los salarios mas bajos. Para 1995, los 75.000 restantes, comprendidos principalmente los de los municipios y el resto del Sector que devengan los salarios más altos. El programa tiene de atractivo que ya los trabajadores están financiando un seguro privado, a cuyo pago contribuye el Estado en forma importante (80 millones detectados), por lo que el pago no solo es menor, sino que abra la posibilidad de crear un importante fondo para la cobertura de Accidentes de Trabajo e Invalidez, Vejez y Muerte. Se puede integrar el programa de SAVICA y el Fondo de Pensiones de los Empleados Civiles del Estado, con lo que la economía de escala en el manejo de las reservas constituye una posibilidad. La creación de un fondo en fideicomiso para los empresarios que están al día en el pago de las contribuciones podría ser un incentivo, dentro de este programa. Al menos la política para el manejo actuarial de las pensiones adquiere viabilidad, en vista del serio problema social para este grupo, a corto plazo.

El cálculo estima el ingreso del Sector Formal, para 1994, en 2,781,6 millones, para 1995, en 3,546.2 millones y así crecería hasta 4.329,2 millones en 1998, el valor de 1992.

El gasto per cápita en Salud se fijó en RD\$ 900.00, costo que se ha considerado suficiente, pero menor que el que reportan los gastos actuales del IDSS, lo que supone una importante reorganización estructural del Instituto. Del mismo modo, las empresas privadas que hagan ofertas de contratación de servicios al IDSS, tendrán que aplicar un concepto de economía de escala. De todos modos, los cálculos se han formulado dentro de cifras reales derivadas de los costos de SESPAS y de las Iguales.

En esta forma, el gasto estimado para 1994, ascendería a RD\$1.959,1 millones y se incrementará a RD\$ 3.050,3 millones, en 1998, lo que generaría un superávit alrededor de 20% sobre los ingresos, que se derivará a financiar la cuota correspondiente al Estado en la cobertura del régimen del Sector Informal, como una aplicación del principio de Solidaridad y para hacer efectivo el proceso redistributivo de los programas de Seguridad Social.

**Estimados Financieros del Programa General de Enfermedad y Maternidad,
1994 - 1998**

(En Millones de RD\$ de 1992)

Años	Ingresos Corrientes	Egresos Corrientes	Balance Financiero
1994	2,781.6	1,959.1	822.5
1995	3,546.2	2,529.4	1,016.3
1996	3,891.0	2,752.7	1,138.3
1997	4,214.2	2,975.8	1,238.4
1998	4,329.2	3,050.3	1,278.9

Nota: Los egresos incluyen consumo de medicamentos en consulta externa y subsidios por enfermedad.

Fuente: Estimaciones de los Autores.

En el programa de cobertura para micro-empresas, con menos de 10 trabajadores, se le ha incluido en el Grupo Informal. Comprende contribuciones distribuidas en forma diferente al Sector Formal. Para la cobertura del régimen de Enfermedad y Maternidad, se ha estimado un aporte patronal de 2%, para el trabajador 2% de los salarios, y el Estado aportará 4%. La inclusión en el régimen de Invalidez, Vejez y Muerte se hará con 2% del empleador y 2% del trabajador. El mismo criterio se utilizará para la cobertura del régimen de accidentes de Trabajo. Todas las estimaciones se harán sobre la base del salario mínimo legal vigente.

En este programa se cuenta con la participación interesada de las microempresas y su capacidad de organización para el mecanismo recaudador; hasta podría crearse un incentivo económico para alguna que lo promueva, cuando sobrepase mínimos establecidos por acuerdo.

La afiliación en este programa se abriría en 1995, en vista de los compromisos adquiridos por el Instituto Dominicano de Seguros Sociales para los próximos 18 o 24 meses, entre 1995 y 1998, habría que hacer el esfuerzo de empadronar 150.000 trabajadores por año, con sus familiares.

Se reitera la necesidad que IDSS, se reestructure en forma radical. La importancia del proyecto lo justifica.

Las modalidades de afiliación descritas para el programa de los trabajadores informales permitiría incluir, en un quinquenio, poco más de 700 mil trabajadores, los que unidos a sus dependientes, haría un total de la población de 2.6 millones, que en su mayoría, en este momento, recurren a SESPAS, recargando un servicio gratuito, que bien podía ser mejor financiado.

Es claro que este programa es deficitario, pero recoge ingresos por un monto del 67% de su costo. De todos modos, su déficit es mucho menor que el excedente supuesto para el Régimen Formal, que siempre daría un disponible para elaborar con SESPAS, la cobertura de programas especiales.

En el programa calificado como formal, el aporte del Estado de acuerdo a la Ley pendiente de aprobación que establece 4% de los salarios, lo pondría a contribuir con más de 400 millones de pesos. Si su contribución se califica como cuota patronal, con lo que se refuerza este principio económico dentro de la Seguridad Social del Estado contribuyendo como Patrono, con RD\$ 194 millones aseguraría a todo el Sector Público. Como de hecho el Estado está contribuyendo, en forma subrepticia, el pago de seguros privados para sus trabajadores y ese dinero se incorpora como parte de la cuota estatal, el aporte se reduce a RD\$ 114 millones, que financia el aseguramiento de sus primeros 120 mil trabajadores y sus familias. En 1995, contribuiría con 194,8 millones de pesos, mientras que a partir de 1996 a 1998, descendería de 170 millones a 100 millones de pesos. O sea, desde el punto de vista financiero le costaría al Estado la

mitad de lo que la Ley establece en ese momento, a la par que socialmente es de mucho mayor significado el aseguramiento de esta manera, que cubre así a todo el Sector Público.

La Constitución de la República Dominicana le asigna al Estado la obligación de atender a la población que no puede pagar sus servicios, que encuentra en SESPAS su centro de atención.

**Evolución de la Población a ser atendida por las Sespas,
durante el período 1994-1998.**

Años	Porcentaje de Población	Miles de Personas	Costo en Millones/1992
1992	70.8	5,289.5	1,586.9
1994	57.0	4,509.3	1,352.8
1995	46.5	3,785.1	1,324.8
1996	41.4	3,467.7	1,387.1
1997	36.5	3,145.9	1,415.7
1998	33.9	3,006.6	1,503.3

Fuente: Estimaciones de los Autores sobre la base de un gasto anual por personas de RD\$ 350.00 en 1994 y de un incremento acumulativo anual de RD\$ 50.00 durante los años siguientes hasta 1998.

En los estudios realizados, en este momento la población dependiente de los servicios de la Secretaría, puesto que carecen de un sistema de prepago, alcanzaría a 2/3 de la población total. Si se implementa el modelo descrito antes para la cobertura del Sector Informal, que se transforma en prepago, la población a su cargo se reduciría, en 1998, a solo la tercera parte, con lo que el presupuesto actual, si se mantiene, será suficiente para mejorar la atención y cubrir a la totalidad de los demandantes. Además, los eventuales excedentes, o financiamientos complementarios, irían destinados a reforzar los programas de prevención y mejora del medio ambiente, con lo que sus beneficios directos se reflejarían en disminución de la demanda.

Formación de los Recursos Humanos.

La transformación política y de la estructura productiva del país se inicia en 1960, ha afectado importantemente al sector salud, provocando una demanda importante. Paralelamente, la enorme proliferación de instituciones formadoras de Recursos Humanos, especialmente en el último cuarto

de siglo, también significó un incremento a su producción. Pero una de las facetas del problema actual es que nunca hubo una relación estrecha entre la demanda y la oferta, ni tampoco en los contenidos curriculares, de modo que el producto formado fuera una respuesta a las necesidades nacionales.

Del mismo modo, la ausencia de un ordenamiento jurídico que le diera un marco estable a estos funcionarios, ha provocado una migración frecuente, lo que ha alterado la funcionalidad de los servicios. Si se suma la ausencia de ordenamiento administrativo y la carencia de normas técnicas, se agregan elementos importantes para explicar la situación actual.

En los últimos años, se debe agregar la crisis salarial y la ausencia de incentivos, para un personal que debe laborar 24 Hrs. todos los días del año, lo que ha provocado la concentración en los sitios menos vulnerables y la ausencia crítica en centros particularmente del área rural.

El área de los Recursos Humanos del Sector Salud es una baja de gobernabilidad y permanente conflicto. Los intereses de las Instituciones empleadoras, de las formadoras, y de los gremios profesionales, hace que haya un permanente antagonismo de intereses. Esta pugna es reconocida por todos los actores y sin embargo, es poco lo que se ha logrado en solucionar esta situación que a la fecha es motivo de preocupación y con serias repercusiones en la calidad de los servicios, tanto públicos como privados.

El más evidente es la inadecuada distribución de los recursos humanos en el país. Existen registrados 57.531 puestos de trabajo, aproximadamente, en el Subsector Público, de los cuales 40.265 (70%), labora con SESPAS. En una encuesta realizada en 1990, se registraron 1.303 médicos en el Subsector Privado, de los cuales poco más de un centenar eran generalistas; el resto, especialistas. Es prácticamente imposible correlacionar puestos con personas, puesto que el pluri - empleo es la regla.

Existen 10.646 médicos en el Sector Público, lo que arroja una relación de 8.5 médicos por 10.000 habitantes, lo cual es muy alto.

El personal de Enfermería, incluyendo Graduadas y Auxiliares, es de 10.885, lo cual genera una relación de 14.6 enfermeras por 10 mil

habitantes, proporción mucho menor que la recomendable. Además, el déficit de Enfermeras Graduadas es alarmante, ya que la relación es de apenas 2.2 Enfermeras por 10 mil habitantes, cuando la tasa recomendable es de 4.5.

Existen 401 Odontólogos, 929 técnicos de laboratorio, 275 farmacéuticos, 351 profesionales en Trabajo Social y 6335 promotores de Salud. O sea, un exceso de médicos y un severo déficit de personal de apoyo.

El país dispone de 14.924 camas, de las cuales 6.914 corresponden a SESPAS, 1714 camas al IDSS, 500 camas a las Fuerzas Armadas y el Sector Privado anota 5.796 camas, aunque otros registros dan sumas mayores.

Como es de suponer, existe una marcada concentración en las áreas urbanas de los recursos humanos de Salud, mientras que algunas zonas del área rural muestran mas de 14.000 habitantes por médico.

La Comisión Nacional de Salud, en su estudio de 1991, estableció con claridad que la falta de incentivos, los bajos salarios, la ausencia de escalafones profesionales, la inestabilidad laboral y la severa limitación de materiales y recursos para el desempeño de funciones, provocan una situación casi anárquica, en donde casi no existe el trabajo organizado. Además, la seria confrontación y conflicto de intereses del personal con las autoridades superiores, agrava la situación, con serios perjuicios para el eficiente funcionamiento de las unidades de atención.

Existe una muy escasa relación entre las instituciones formadoras de recursos humanos y las empleadoras. Las deficiencias en la formación que se anotan en los servicios de atención, son muy serias. Mientras las instituciones empleadoras tratan de extender sus servicios al área rural, las Escuelas Profesionales siguen atenuadas a los patrones clínicos tradicionales.

Es notoria la baja capacidad gerencial de los recursos humanos que deben asumir posiciones de Jefatura, con desconocimiento de normas elementales de administración, aún en los cursos de post - grado.

No existen estudios que demuestren las tendencias de la fuerza de trabajo, ni las instituciones formadoras conocen las necesidades del Sector. Por lo tanto, el balance entre oferta y demanda es inexistente, lo que favorece el pluri - empleo, con el correspondiente incumplimiento en todos los sitios de trabajo.

En la década pasada se han intentado modelos de Correlación e Integración Docente Asistencial (IDA), que han fracasado por la falta de metas comunes y debilidad implícita en la estrategia transformadora. Un estudio reciente demuestra que el término "integración", no tiene una clara definición para las partes. El trabajo extramural está débidamente concebido y su enseñanza carece de metodología apropiada. Existe poca interacción entre la docencia, el componente asistencial y la investigación. El modelo sigue siendo el tradicional, por lo que la reformulación de los recursos humanos para la docencia continúan siendo objetivos enunciados, pero no logrados.

Actualmente existen en el país 25 Universidades, quince de las cuales tienen carreras en el área de las Ciencias de la Salud. Algunas ofrecen cursos de Maestrías, o Post - Grado, sin que exista planificación ni para el establecimiento de los cursos, ni para absorber el producto graduado. Entre 1973 y 1990, se matricularon en las universidades dominicanas, 114.236 estudiantes de Medicina, 25.183 de Odontología y 13.654 Enfermeras. En ese mismo lapso egresaron 14.767 graduados en Medicina, 2.606 en Odontología y 1.741 Enfermeras. Es decir, 8.5 médicos por 1 Enfermera.

Los contenidos de Salud Pública y de Medicina Comunitaria, son bajos en los programas de enseñanza. El contenido curricular sigue apegado al tradicional modelo mecánico - biólogo. Hay un claro divorcio entre las Ciencias de la Salud y el desarrollo social y humano de la comunidad dominicana. Los currícula no están diseñados en función de las necesidades de la población. Los métodos pedagógicos son pasivos y tradicionales. Es escaso el desarrollo técnico, administrativo y político de los Departamentos de Salud Pública.

A lo largo del tiempo, no han existido políticas claras para la formación de los recursos humanos, ni las instituciones han creado programas para consolidar las nuevas tendencias del pensamiento. Si se agregan los

conflictos laborales y la inestabilidad ya invocada, se explica la debilidad y la ausencia de iniciativas importantes.

Tan crítica como la formación de los recursos humanos para el Sector Salud, lo ha sido su administración. La carencia de procedimientos técnicos para establecer la carrera en las instituciones, su ingreso sujeto a sistemas de competitividad, la evaluación periódica que garantice una historia laboral del funcionario que sea su mejor instrumento para la competencia, la ausencia de mecanismos de promoción y ascenso, sumado al severo deterioro salarial de los últimos años, prácticamente ha borrado la administración de los recursos humanos, lo que viene a agravar las condiciones de su formación.

El otro componente fundamental para la administración de los centros de Salud, es la capacidad gerencial de quienes asumen labores de dirección, o de toma de decisiones en sus funciones de Jefatura, principalmente, con lo que los principios básicos de Economía de la Salud son prácticamente desconocidos. Súmese a esto la ausencia de educación en servicio, o mecanismos de Auditoría, o de cualquier procedimiento de evaluación, con lo cual se tiene una cruda realidad.

En vista que los manuales de calificación de puestos, descripción de funciones y escala de salarios, son prácticamente inoperantes, se propone la implementación de un nuevo Manual Descriptivo y de Clasificación de Puestos para el Sector Salud, que cubra todas las instituciones, que además vendría a fortalecer la Selección y Reclutamiento de Personal. Unido a la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa, crearían una situación muy diferente.

PROPUESTAS.

La acción general para la formación de recursos humanos para el Sector Salud debe orientarse hacia lograr una comprensión de la problemática y un apoyo efectivo para su desarrollo, tanto por parte de las Autoridades Superiores de las instituciones formadoras, como de las empleadoras, sean éstas públicas, o privadas. En esta forma se garantiza la eficiencia en el desempeño de los diferentes roles, impulsando el mejoramiento y la calidad de los servicios, para aplicar las políticas establecidas en el Plan Nacional de Salud, particularmente las acciones de la estrategia de la

Atención Primaria, así como para promover la organización de la comunidad.

Debe mejorarse, en el menor plazo posible y con carácter prioritario, la capacidad gerencial de quienes tienen a su cargo la toma de decisiones, para lo cual deben implementarse el correspondiente adiestramiento.

La planificación para el desarrollo de los recursos humanos debe hacerse dentro del marco direccional de las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Salud, que serán congruentes y convergentes con las que se establezcan para el Sector Social, de modo que se logre potencializar sus efectos y su identificación.

La generación de los recursos humanos debe producirse dentro del marco del fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Además, se incorporará plenamente el necesario nivel de capacidad gerencial que apoye la gestión administrativa, en particular la de quienes desempeñan posición de liderazgo y de dirección.

Regionalizar y desconcentrar la administración de personal, fortaleciendo su profesionalización, en particular la de los encargados de coordinar las instituciones, como apoyo a la implementación de los programas locales. Facilitar el reclutamiento de nuevos recursos locales, en particular los de formación, para evitar el desarraigo y lograr una plena identificación.

Ajustar la formación de todos los niveles de los recursos humanos a las necesidades programáticas y a los perfiles epidemiológicos, manteniendo el análisis investigativo constante que conduzca a la eficiencia. Enfatizar la importancia del Sistema de Información, de la veracidad y de la oportunidad de los datos suministrados, cualquiera que sea su nivel operativo.

Adaptar los programas de adiestramiento, de neo-formación o en servicio, a las necesidades reales y a las orientaciones de las políticas de Salud, de modo que el desempeño de las funciones adquiera un carácter participativo.

Deben respetarse permanentemente las normas para el reclutamiento, contratación, promoción y retiro del Personal, así como los derechos adquiridos por todos los niveles laborantes.

Se propone desarrollar los siguientes proyectos:

1. Proyecto para la implementación de un Manual Descriptivo y de Clasificación de Puestos para el Sector Salud.
2. Proyecto para la creación del Centro Nacional para el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud.
3. Proyecto para la Capacitación y Nivelación del Personal de alta Gerencia.
4. Proyecto para la Formación de Nivel Técnico.
5. Propuesta de Reestructuración de la Dirección de Recursos Humanos.

Sistema de Suministros y Mantenimiento.

Una de las serias consecuencias generadas por la ausencia de una política específica que normara la compra de medicamentos, equipo y mantenimiento de las unidades del Sistema de Salud, ha sido que en cada una de ellas, en el Instituto Dominicano de Seguros Sociales, en las Organizaciones No Gubernamentales, en el Sector Privado y en las Fuerzas Armadas, ha debido proveerse de acuerdo a su propia iniciativa y utilizando los conocimientos y recursos disponibles en ese momento.

Las consecuencias son ampliamente conocidas. Las unidades del sector público continuamente han estado desbastecidas, lo que ha limitado seriamente su capacidad de atención y obliga a sus consultantes a adquirir las prescripciones en el comercio privado. La compra de equipo básico, que debió estar debidamente indicado para los diferentes niveles de atención de patología, ha quedado a la presión e iniciativa de los vendedores de equipo, con lo que la reparación, o el mantenimiento preventivo, han sido mínimos y una gran cantidad de equipo se pierde antes de las fechas de su caducidad.

El funcionamiento de programas de mantenimiento preventivo, o correctivo, ha sido prácticamente inexistente. Lo mismo ocurre con los edificios e instalaciones del Sector Público. Las pérdidas se ven acentuadas por la gran cantidad de unidades construidas en todo el territorio nacional. Incluso hay conocidos ejemplos de amplias instalaciones cuya construcción no se ha completado y que año con año aumentan su deterioro.

PROPUESTAS.

1. Aprobar y aplicar de inmediato el Cuadro Básico de Medicamentos, de modo que se utilice en las Unidades de Servicios de SESPAS, del IDSS y de las restantes unidades que se decidan adaptarlos.
2. Promover las acciones necesarias para que el Consejo Nacional de Salud establezca la política de utilizar plenamente, por todas las instituciones que forman el Sector Salud, los recursos contenidos en el Catálogo Nacional.
3. Establecer un Sistema Nacional de Mantenimiento, de modo que los programas de carácter preventivo y los correctivos se llevan a cabo con un carácter integral, descentralizado y ajustado a las demostraciones geográficas aprobadas.

OBJETIVOS.

“Evaluar, establecer y adecuar los mecanismos normativos para la selección de productos y equipo médico básicos, a partir de la Comisión Asesora y legislación vigente, el perfil epidemiológico y las necesidades de los programas, para contar con un Catálogo General que regule la compra de los insumos necesarios para las instituciones de Salud”.

“Evaluar, diseñar y ejecutar los mecanismos de integración para la programación y el control de los suministros en los niveles local, regional y nacional, a partir de la normativa que se establece el perfil epidemiológico, las necesidades y consumos reales de los programas del modelo de atención, para establecer un modelo integral y descentralizado de programación, control y presupuestación”.

“Evaluar, ajustar y ejecutar los mecanismos de almacenamiento y distribución a nivel local, regional y nacional, a partir de la normativa que se establezca del programa de compras, la infraestructura y la disposición de los productos, que derive en un sistema de almacenamiento y distribución de los medicamentos”.

“Evaluar y proponer los ajustes a la normativa legal que debe regir la administración de un Sistema de Suministros, a partir de los requisitos de operación para garantizar su condición y abastecimiento oportuno”.

“Participar en el desarrollo de un Proyecto de Capacitación que permita disponer del recurso humano idóneo para el Sistema de Suministros”.

“Participar en el desarrollo de un proyecto de capacitación para la prescripción y dispensación de los medicamentos por parte del equipo de salud y racionalizar su utilización en los pacientes y la comunidad”.

“Participar y ejecutar el subsistema de control de calidad de los suministros, a partir de la normativa vigente y de la capacidad instalada a nivel de la red de laboratorios públicos, a fin de evaluar y controlar la calidad”.

Atención a las Personas.

El componente de atención a las personas, dentro de un proceso de Modernización del Sistema de Salud, debe ser considerado en toda su extensión como el eje integrador siendo el bienestar del ser humano el objetivo básico de la organización general.

En la República Dominicana las acciones del Sistema de Salud para la atención de las personas han transcurrido con un enfoque tradicional basado en un concepto biológico -mecanicista, con limitadas intervenciones de Atención Primaria en salud y con una visión burócrata, individualista y carente de sentido de equidad. Los indicadores de morbilidad y mortalidad, así como los de calidad de vida y de atención, reflejan las debilidades y limitaciones del sistema de atención para enfrentar las causas determinantes de los principales problemas.

Los niveles de atención existentes carecen de la fortaleza necesaria, para incrementar las acciones de Atención Primaria que tiendan a disminuir los riesgos de enfermedad y muerte, mejorar la calidad y aumentar la cantidad de atención a los grupos más vulnerables, como objetivo prioritario de las instituciones prestadoras de servicios.

La debilidad de los mecanismos administrativos y su obsolescencia en la organización, la permanencia de lineamientos que fomentan la concentración y la centralización, son otros de los factores que han contribuido al mantenimiento de una dependencia central, alejándose así del proceso de autogestión y prevaleciendo la escasa motivación de la responsabilidad local de los actores sociales.

Bajo esta situación, se ha limitado la política de participación social, que permita a los niveles operativos utilizar su capacidad resolutoria, para favorecer el mejoramiento de las condiciones de salud de las poblaciones y la optimización de los servicios.

Dado lo anterior, la atención a las personas requiere de una intervención inmediata, para una transformación que encamine el proceso hacia el cumplimiento de las metas de Salud para Todos y de los acuerdos de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Solo así se podrá garantizar a la población una atención con equidad, eficiencia y eficacia.

La modificación de los actuales modelos de atención de salud a las personas se justifica por lo siguiente:

1. Grandes sectores de la población no tienen acceso a los servicios de salud. Se estima que el 40% no está cubierto por ningún servicio, ni público ni privado.
2. Los esquemas de servicios existentes se limitan en su mayoría a la atención individualizada, dejando rezagada la familia y la comunidad.
3. Inexistencia de mecanismos de coordinación intrasectorial e intersectorial, con participación de las fuerzas sociales. No existe un Plan de Salud, con carácter de integrador.
4. Los servicios públicos y privados funcionan en forma independiente unos de los otros, sin la existencia de ejes integradores con el organismo Rector.
5. Existe un compromiso del país para cumplir los acuerdos de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y con las metas de SPT 2,000. Bajo el actual esquema de salud es remoto el cumplimiento de esos acuerdos.

D. Fortalezas y debilidades del sistema de salud.

a. Fortalezas:

Existe voluntad política para la modernización de los servicios de Salud del país, utilizando:

La gran cantidad de establecimientos y servicios de salud en el territorio nacional.

Grado creciente de conciencia ciudadana de la necesidad de transformar los servicios de Salud.

Crecimiento de los medios de comunicación masiva, con potencial para ser parte importante de los planes de transformación de Salud.

b. Debilidades:

Falta de rectoría de SESPAS en el Sector Salud, con la Falta de coordinación y/o integración entre las instituciones prestadoras con duplicidad de funciones y gastos innecesarios.

La participación comunitaria acusa una gran debilidad y limitación.

No existen políticas de Salud del país, para lograr el acceso universal de la población a los mismos. La calidad es muy desigual

Subvaloración de la importancia y aplicación de la estrategia de Atención Primaria de Salud (A.P.S.).

Baja calidad de los servicios hospitalarios y ausencia de normas de atención.

Desabastecimiento de medicamentos e insumos y uso irracional de los mismos.

Insuficiente financiamiento del sistema público de Servicios de Salud.

Inadecuada relación entre los servicios de Salud y las Instituciones formadoras de recursos humanos.

Falta de una adecuada capacidad gerencial en las instituciones públicas del Sistema de Salud. Excesiva centralización de las decisiones y recursos disponibles. Ausencia de incentivos para el personal.

Ausencia de mecanismos básicos de coordinación intrasectorial e intersectorial y entre los Sectores Públicos y Privado.

Deterioro del Sistema de Información en Salud.

Deterioro de la Capacidad de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de los establecimientos de Salud y sus equipos.

Falta de una política de desarrollo tecnológico y científico.

Carencia de una legislación moderna, coherente e integral.

La Organización del Sistema de Atención.

Dentro del grupo de trabajo de Atención a las Personas se consideró que la organización del Sistema de Atención tiene que ser un modelo diferente al que se ha venido desarrollando. Debe fundamentarse en el conocimiento de la situación de salud de la población en un espacio geográfico poblacional definido, que tome en consideración los riesgos epidemiológicos la priorización de estos y los recursos disponibles.

Sus principios se orientan hacia:

- La integración de las distintas instituciones de Salud, así como las acciones que estas desarrollan para intervenir sobre los problemas de salud.
- Un proceso dinámico y flexible, ya que la realidad es cambiante.
- Asegurar la resolución de la mayor cantidad de problemas, por lo que debe combinar los distintos niveles de atención, con suficiente capacidad resolutoria y de referimiento al nivel superior cuando lo amerite y que este modelo de organización a la vez sea racionalizador de los recursos.
- Aumentar la capacidad gerencial de tal manera que permita:
 - El mejor manejo de los recursos a nivel intrasectorial.
 - La coordinación intersectorial, participación social y con otras instituciones.
 - Asegurar la articulación con el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Niveles de Atención:

Los niveles de atención lo conceptualizamos como el modelo de prestación de servicios fundamentado en la estrategia de Atención Primaria en Salud y el rescate de los elementos que la conforman, en donde el sistema salud sea tomado como un componente del desarrollo social, que se refiere a la población en su totalidad.

PRIMER NIVEL.

- a) La casa como unidad primaria de atención que alberga la familia.
- b) La Clínica Rural o Barrial que está ubicada en las secciones, parajes o barrios con una población de responsabilidad de 1,000 a 6,000 habitantes, para la promoción, prevención, curación, fomento y rehabilitación. Está dotado de una infraestructura que le permite la resolución de los problemas, concernientes a su nivel.

SEGUNDO NIVEL.

Constituido por los Hospitales Municipales ubicados en los municipios, los cuales son responsables de atención a poblaciones que oscilan entre 8,000 a 40,000 habitantes, ofrecen actividades de prevención, curación fomento y rehabilitación. Está dotado de una infraestructura que le permita la resolución de los problemas, concernientes a su nivel.

TERCER NIVEL.

Está representado por el Hospital de Area o Provincial, el cual esta ubicado en el Municipio Cabecera de la provincia, atiende a una población de 40,000 a 250,000 habitantes; cuenta con las 4 especialidades básicas: Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía y Médico-Interno, además de algunas especialidades críticas, tiene los siguientes servicios de apoyo: Odontología, Laboratorio, Farmacia, Nutrición, Rayos X.

CUARTO NIVEL.

Constituido por los hospitales regionales, los cuales están ubicados en las provincias sedes de las Oficinas Regionales de Salud a excepción de la Región O, por ser el Distrito Nacional, y se encuentran en ésta los hospitales nacionales o especializados.

Los Hospitales regionales atenderán a una población que oscila entre 150,000 a 320,000 habitantes.

Es a este nivel donde se tendrá una capacidad resolutive mayor, que atenderá a una población base, además de la referencia de todos los hospitales provinciales o de Area que conforman la Región de Salud. Su

personal está conformado por médicos especialistas y subespecialistas, Odontólogos, y personal de apoyo. Esta capacidad resolutive le permite atender la mayor parte de los problemas de atención médica especializada de la región.

QUINTO NIVEL.

Lo representan los Hospitales Nacionales o especializados. Estos se encuentran ubicados en la Región 0 ó Distrito Nacional y su población de referencia es la de todo el territorio nacional.

Representan el máximo nivel de atención en sus áreas de especialización.

RED DE SERVICIOS.

Los niveles de atención descritos se encuentran articulados en una red de servicios, los cuales se orientan de menor a mayor complejidad y viceversa. En la acción coordinada y articulada de los servicios de Salud en sus diferentes niveles es que descansa la potencialidad del sistema para ofrecer respuestas integrales y oportunas a los problemas de salud de la población.

Programas de Salud en atención a las personas, utilizando la estrategia de atención primaria:

- Programa materno Infantil.
 - Programa de alimentación y nutrición.
 - Programa de educación para la salud.
 - Control de las enfermedades no transmitibles.
 - Programa de servicios médicos complementarios.
 - Atención al medio ambiente.
 - Desarrollo de recursos humanos en salud.
 - Programa de informática.
 - Gerencia.
 - Programa de previsión de desastre.
 - Infraestructura y apoyo logístico.
 - Sistemas provisionales de salud fundamentos y orientaciones principales.
-

Comentario Final.

El proyecto de Modernización del Sistema de Salud, elaborado a lo largo de cuatro meses con la participación de más de medio centenar de colaboradores dominicanos que están ligados al Sector Salud, ha permitido elaborar una propuesta que, aunque ambiciosa, es claramente factible. Existen los recursos suficientes para lograrlo. Su éxito dependerá de la voluntad de quienes toman las decisiones en el Sector Salud, de los usuarios del Sistema y de quienes trabajan por el bienestar de la población.

CAPITULO IV
PROSPECTIVA DE LA SEGURIDAD SOCIAL
EN REPUBLICA DOMINICANA

IV.- Prospektiva de la Seguridad Social en República Dominicana.

Aunque la seguridad social se consagra como un derecho en la constitución de 1942, no fue sino hasta el año 1947 cuando se formula y dicta la Primera Legislación Dominicana sobre este aspecto; un año más tarde, en 1948, surge el Seguro Social con la promulgación de la Ley No. 1896.

Las características de este régimen responden al Modelo Bismarquiano: Financiamiento tripartito, cobertura orientada al trabajador industrial asalariado o del sector formal de la economía y cubriendo cinco contingencias básicas, enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte.

En las últimas tres décadas importantes cambios se operan al interior de la sociedad Dominicana, tanto en el orden demográfico, económico como social. Mientras en el año 1964, sólo el 30% de la población residía en la zona urbana, para el año 1994 este porcentaje se eleva a 55%, lo que refleja los intensos procesos migratorios ocurridos en el país y que fundamentalmente fueron impulsados por la política de industrialización implementada en el país en los años setenta.

En el orden económico, dos características ocurrieron en ese lapso de tiempo que deben ser analizados: el proceso de industrialización señalando anteriormente y los cambios de los últimos años, donde se destacan la preeminencia de los nuevos sectores como son los de servicios, zonas francas, y turismo, igualmente, cabe destacar el auge de la microempresa y la economía informal.

En el orden social, los nuevos sectores sociales que crecieron al amparo de las políticas de la década del setenta sufrieron un deterioro en su nivel de vida, de hecho los programas estabilizadores provocaron una caída en el gasto social aumentando los niveles de pobreza y el desempleo.

No obstante la trascendencia de esos cambios la legislación sobre Seguro Social no experimentó modificaciones que impactaran el nuevo marco político, económico y social.

La Ley continuó desconociendo la protección a los familiares de los asegurados limitando el principio de la universalidad, se mantuvo el "tope de exclusión" dejando fuera a los sectores de mayor poder contributivo, exigua incorporación agrícola, se mantiene fuera al sector público y al sector informal de la economía, cada vez mayor, las contingencias cubiertas son las mismas y sus cuantías tragadas por el efecto inflacionario.

En el orden administrativo, no se operaron cambios importantes en el IDSS, por el contrario se fueron agravando las ineficiencias.

La situación descrita plantea la necesidad de una transformación del actual sistema de Seguridad Social. Misma que ha sido discutida por los actores fundamentales del proceso. Sin embargo, la orientación de esta transformación es en la actualidad el principal elemento de discusión debido a las diferencias de apreciación respecto al Modelo de Seguridad Social y de Salud factible para nuestra realidad.

Las ofertas de opiniones van desde las eminentemente privatizadoras, donde el Estado juega un rol supervisor y regulador hasta proponer una participación del Estado en una gestión mixta.

Los que conciben los matices duales de gestión entienden que un modelo de transformación de la Seguridad Social debe estar íntimamente ligado a un desarrollo económico acorde con la satisfacción de las necesidades básicas de la población general del país, especialmente la más pobre.

Este concepto se corresponde con el contenido de una real política social que contemple los elementos necesarios que debe conformar este nuevo sistema. Para tales fines es imprescindible integrar los sectores más disímiles que se correspondan con esta transformación.

Es precisamente este el debate que vive hoy la sociedad dominicana, sobre qué tipo de Sistema de Seguridad Social se debe implantar en el país. En la capacidad de integrar y armonizar a estos sectores es donde descansa la piedra angular que permitirá producir dichas transformaciones.

Sin festinar los principios básicos de seguridad social sobre todo el de la equidad y solidaridad facilitando una mejor gestión en la regulación y provisión de servicios, garantizando una focalización del gasto que exprese una priorización de las acciones fundamentales de un modelo de prestación de servicios de salud y de prestaciones económicas y sociales encaminado a evitar los accidentes del trabajo, enfermedades profesionales y comunes, así como cubrir las contingencias durante la muerte, invalidez, y vejez que le pueda acontecer a los usuarios.

Partimos del criterio que la decisión entre privatizar o estatizar no agota la agenda necesaria para la reforma, sobre todo porque la experiencia local e internacional dista de ser concluyente en este sentido, como tampoco creemos que el punto de partida y principal enfoque debe ser el del financiamiento sino más bien las necesidades humanas y el análisis de los errores estratégicos que hemos cometido impidiendo la materialización de esos objetivos.

La experiencia nos demuestra que si bien es importante y necesario determinar los costos e identificar las posibles fuentes de financiamiento, aumentando así la inversión en salud, no a habido una correlación estrecha entre el nivel de gastos social y de salud con las coberturas poblacionales y la calidad de los servicios ofertados. Muchas veces se ha quedado en el confort, la tecnología cada vez más compleja y sofisticada, pero menos enfocada a satisfacer las necesidades diagnósticas y terapéuticas, la dependencia farmacológica con su correspondiente competencia invadiendo el mercado de un mismo fármaco con diferentes y atractivas envolturas; y por último la hegemonía del médico dentro del sistema que ha encarecido significativamente el modelo y ha evitado la socialización del conocimiento en salud y con ello su democratización.

Ante esta situación se impone un modelo que rescata el ser humano como el objeto y sujeto fundamental del problema y no desviarnos por tangentes que desde lejos podemos apreciarlas con grandes visos de inequidad.

Es necesario el establecimiento de reglas y mecanismos claros de control, regulación y financiación, pero no estamos convencidos que la separación de la rectoría de la prestación garantice esta necesidad.

Sin embargo se impone la implementación de nuevas formas de gestión que garanticen una mayor eficiencia y participación en la toma de decisiones (descentralización), pero no relegar la responsabilidad estatal de garantizar a las grandes mayorías la resolución de sus problemas básicos en forma redistributiva.


Desde el punto de vista del financiamiento el elemento primordial descansa en la focalización del gasto, no en el sentido excluyente que establece la definición de una "canasta básica" compuesta de intervenciones costo-efectivas obviando los demás problemas de salud igualmente importante para quien lo padece en un momento determinado.

El régimen previsional debe ser cada vez más justo y orientado por estudios actuariales y financieros, pero no someterlo al riesgo que implica los sistemas guiados por las leyes del mercado.

Reconocemos la época de crisis y de recesión económica, lo que nos obliga a garantizar las protecciones básicas hasta ahora cubiertas (enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, muerte y accidente del trabajo), revisando su marco legal y eficientizando su gestión.

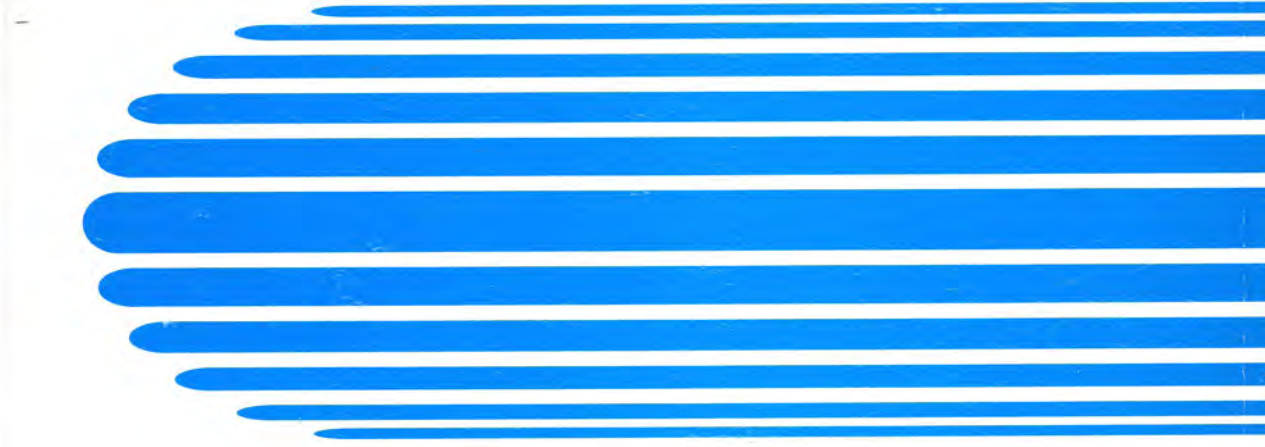
Esta obra se terminó de imprimir en octubre de 1995
en los talleres de Constelación Foto Offset
Sur 97 N° 524 Col. Sector Popular
09060 México, D. F.

La edición costa de 350 ejemplares



El programa editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), se integra por los libros de las series estudios y monografías, la revista seguridad social y el boletín informativo. Mediante estas publicaciones, la Conferencia cumple con una de sus finalidades, que es la de recopilar y difundir investigaciones, documentos y programas de la seguridad social.

La *Serie Monografías*, de la que forma parte este libro, contará de varios títulos que presentan el desarrollo y los avances de la seguridad social en cada uno de los países de América, cuyas instituciones de seguridad social son miembros de la CISS, y su publicación se realiza conforme al programa aprobado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.



Conferencia Interamericana de Seguridad Social
Secretaría General
México, D.F.
1995